

ÉTUDE CLINIQUE

DES

MOUVEMENTS POST-HÉMIPLÉGIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

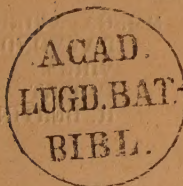
Le 21 Juin 1899

PAR

Ivan IANKOFF

Né à Tzegrilovtzi (Département de Trin, Bulgarie), le 19 septembre 1871

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES BOEHM

DELORD-BOEHM ET MARTIAL, SUCCESSIONS

ÉDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (*)..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène.....	MM. BERTIN-SANS,
Clinique médicale.....	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	N....

id.

Bosc (Chargé du Cours)..

Doyen honoraire : M. MAIRET (*).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (*), PAULET (O. *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards....	VIRES, agrégé.
Pathologie générale.....	DE ROUVILLE, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM. H. GOT, Secrétaire.

F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, président.		MM. RAUZIER, agrégé.
MAIRET, professeur.		VIRES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Les regrets éternels d'un fils affecté.

A MON PÈRE

A MON BIEN CHER COUSIN D. TONTCHEFF

AUX PARENTS ET AUX AMIS

A Monsieur le Capitaine LAMOUCHE

IVAN IANKOFF.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur GRASSET

Professeur de Clinique médicale, Correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A MON MAÎTRE

Monsieur le Professeur-Agrégé RAUZIER

A MES EXCELLENTS AMIS

MM. TOCHKOFF, MITOFF et ZOGRAPHOFF

A TOUS MES MAÎTRES

IVAN IANKOFF.

ÉTUDE CLINIQUE DES MOUVEMENTS POST-HÉMIPLÉGIQUES

INTRODUCTION

Il y a plus de quatre mois que, préoccupé de la fin de nos études médicales, nous avons demandé à M. le professeur agrégé Vires un conseil sur le sujet de notre thèse inaugurale. Entouré de malades paralysés à la salle Saint-Charles de l'Hôpital Général, il a bien voulu nous indiquer les mouvements post-hémiplégiques. Songeant en ce moment à une phrase de M. le professeur Grasset, où il est dit : « En définitive, on voit que le chapitre des mouvements post-hémiplégiques est encore ouvert et plus complexe qu'on ne le croyait il y a quelques années », sans nous faire la moindre illusion sur la difficulté que comporterait une pareille étude, nous nous en chargeâmes à l'instant même. Puis, approfondissant la question, nous avons frappé à toutes les portes qui pouvaient s'ouvrir devant nous et consulté, sans aucune prétention, nos auteurs avec autant de passion que de goût. Nous y avons puisé tout ce qui nous a plu et surtout tout ce que nous avons pu nous assimiler. En soumettant aujourd'hui ce modeste travail au jugement bienveillant de nos maîtres, nous croyons ne faire qu'une chose : obéir à une exigence consacrée par l'usage. Notre étude, nous le voyons mieux que jamais, ne peut avoir d'autre prétention.

Ces lignes n'ajouteront rien de nouveau à la pathologie nerveuse, si complexe dans sa symptomatologie, si bizarre dans ses allures, si capricieuse et souvent si fatale dans ses suites. L'hémiplégique, le pauvre paralysé, n'aura pas plus de ressources que hier, pour soulager ses souffrances et abrégier la durée de son infirmité, nous n'avons aucun droit de le supposer : nous ne le pouvons même pas.

Mais, s'il est vrai que notre thèse ne puisse apporter aucun éclaircissement à une aussi importante question, nous saisissons du moins avec empressement l'occasion qui nous est offerte d'affirmer, une fois de plus, et publiquement cette fois-ci, à nos maîtres de l'antique et glorieuse Ecole de Montpellier, quelle est l'admiration que nous ressentons à leur égard, et combien nous leur sommes reconnaissant pour le talent et l'infatigable générosité dont ils n'ont cessé de faire preuve durant six années pour nous instruire et pour les paternels conseils qu'ils nous ont prodigués toutes les fois que notre jeune esprit et notre hésitante foi l'exigeaient.

Croire acquitter aussi facilement notre dette, ce serait ne pas l'apprécier ; elle est trop lourde et nous ne saurions le discuter sans offenser ceux que nous ne voulons que respecter et dont les noms sont à jamais gravés dans notre estime et notre mémoire. Il serait trop long de dresser la liste de nos maîtres aussi modestes que savants qui tous, nous le déclarons avec joie et fierté, ont contribué à notre éducation médicale, et de leur adresser à chacun en particulier l'expression de notre reconnaissance. Cependant, il nous serait pénible de passer sous silence certains noms que nous aimons tant à prononcer et qui occuperont à jamais la meilleure place dans notre souvenir.

Et d'abord, le plus illustre de nos maîtres, M. le professeur Grasset, voudra bien agréer l'hommage respectueux qui lui revient pour avoir grandement facilité notre tâche par ses conseils éclairés, ses cliniques, ses œuvres et pour avoir bien voulu

enfin nous faire le plus grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous prions M. le professeur agrégé Vires, à qui nous devons la première idée de ce travail, de vouloir bien accepter l'expression de notre profonde gratitude. Encore étudiant, en qualité de prosecteur, il nous a donné les premières notions sur l'ostéologie humaine. Avant que nous quittions les bancs de l'école, nous avons le plaisir de le compter parmi nos maîtres et, dans le beau service de l'Hôpital Général, dont il est le chef, il a su capter notre attention et guider de la façon la plus complaisante nos pas dans l'analyse clinique, aussi difficile qu'intéressante pour celui qui n'en a pas une grande expérience. Il n'a pas cessé de s'occuper de nous et n'a rien ménagé, comme l'aurait fait le meilleur des amis, pour nous faire mener à bien l'étude que nous présentons.

Que M. le professeur Mairét soit persuadé que nous emportons au loin le souvenir d'un grand psychiatre. L'écho de ses savantes leçons faites sur ces êtres humains, que la fortune a privés de raison, vibre encore à nos oreilles et nous fera revivre souvent tout un passé, en ramenant devant nos yeux une physionomie que nous aimons tant à voir.

Nous ne saurions omettre les noms de MM. les professeurs agrégés Lapeyre. Mouret et Vallois qui, chacun tour à tour, nous ont enseigné d'une si docte façon, les diverses parties de l'art médical, et nous ont toujours témoigné la plus grande sympathie. Nous garderons d'eux le meilleur souvenir, et les prions de vouloir bien accepter l'expression de notre plus sincère reconnaissance.

Heureux d'avoir été leur élève et profité de leur excellent enseignement, nous adressons à MM. les professeurs Granel, Hamelin, Baumel, Sarda, Ducamp et Carrieu nos meilleurs remerciements.

Mais il est un maître qui sollicite le meilleur de notre personne

et que nous voudrions saluer d'une manière toute spéciale. M. le professeur-agrégé Rauzier ne se doute pas, nous en sommes persuadé, que c'est lui qui nous cause la plus grande peine lorsque, arrivé au point d'abandonner la vieille cité universitaire, notre esprit s'arrête devant son nom. Nous avons réfléchi bien des fois avant de le prononcer, et nous le faisons, convaincu que nous ne saurons trouver les termes qu'il nous faudrait pour lui exprimer, comme nous le sentons, toute notre admiration et toute notre sympathie.

A peine nos études commencées, nous nous sommes attaché à lui d'une façon particulière. Il a su nous apprendre à aimer l'étude, l'hôpital, le malade et lui-même, et jusqu'à hier, nous l'avons suivi à la Faculté, dans les hôpitaux, aux consultations, nous efforçant de noter avec la plus jalouse attention toute parole sortant de sa bouche.

Nous affirmons au maître vénéré, c'est notre cœur qui parle, que toutes les fois que loin de lui nous serons en présence d'un cas difficile, si auprès du lit du malade une image consolatrice traverse notre esprit, ce sera la sienne : nous chercherons alors notre inspiration dans son souvenir à jamais ineffaçable. Voudra-t-il aujourd'hui être assuré de la sincérité de nos sentiments et nous excuser si nous n'avons pas su assez le remercier lorsque près de lui nous avons tant d'occasions.

Nos excellents amis MM. le docteur L. Cabrol et H. Azémar, voudront se rappeler que leur souvenir nous est bien cher et que la meilleure place dans notre mémoire leur est à jamais réservée.

Nous nous souviendrons toujours de l'accueil que nous avons trouvé en France, et, maintenant que l'heure du départ sonne, nous saluons respectueusement cette seconde patrie, en même temps que, le regard tourné vers ici, nous emportons au fond de notre âme le souvenir d'un grand peuple.

Délimitation et division du sujet.

Réunir dans un travail d'ensemble l'étude des différents mouvements post-hémiplégiques, voilà notre but ; nous envisageons comme tels tout mouvement involontaire quel qu'il soit, survenant soit au repos, soit dans les actes voulus, tout aussi bien du côté sain que du côté paralysé ou des deux à la fois, chez des malades atteints d'une hémiplégie ancienne ou récente, et trouvant dans la cause de celle-ci son point de départ proche ou lointain. A ne considérer que ces quelques lignes seulement, on comprend de suite quel doit être le cadre de notre étude. Nous excluons donc tout ce qui est contracture, tout signe de tendons et la trépidation épileptoïde. La question étant trop vaste, et, n'ayant pas à notre disposition un nombre suffisant d'observations avec autopsie, nous abandonnons complètement l'étude de l'anatomie et de la physiologie pathologiques et par suite celle du traitement, qui lui est étroitement liée, et nous nous proposons d'étudier seulement le côté purement clinique des troubles moteurs post-hémiplégiques.

Voici d'ailleurs l'ordre que nous croyons devoir adopter :

Un premier chapitre sera consacré à l'historique, que nous ferons d'une façon très rapide.

Dans un deuxième, nous nous occuperons de l'étude clinique proprement dite en y admettant les subdivisions suivantes :

A. — APERÇU GÉNÉRAL.

B. -- ETUDE DE CHAQUE VARIÉTÉ EN PARTICULIER.

I. *Hémichorée*. — II. *Hémiathétose*. — III. *Hémi-paralysie agitante*. — IV et V. *Hémiataxie et Hémisclérose en plaques*. —

VI. Mouvements associés et mouvements du côté sain . VII. Formes mixtes.

N. B. — Les observations correspondantes suivront chaque variété clinique de près.

C. — CLASSIFICATION.

Enfin dans un troisième chapitre nous nous efforcerons de différencier :

I. Les mouvements post-hémiplégiques entre eux.

II. Chaque variété séparément des syndromes qui peuvent la simuler.

En terminant, nous donnerons en quelques lignes le résumé de notre étude.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

« Il y a trente ans seulement, dit Barthout dans sa thèse, on ne décrivait chez les hémiplegiques que les contractures et le tremblement simple, vulgaire, sans aucun qualificatif ou plutôt on rapportait tout à ce tremblement sans distinction aucune, mais depuis cette époque les cliniciens ont analysé ces tremblements et les ont classés sous différents noms ».

En effet, ce que Barthout appelle tremblements, ce que nous préférons dénommer mouvements post-hémiplegiques n'est entré dans une voie systématique que depuis 1870 ou 1875. L'hémichorée fut étudiée la première. A une époque un peu plus éloignée, Travers, Rood, Turkwel, Ducheck (1865) et Jackson, etc... l'avaient bien soupçonnée, mais. leur description restant complètement insuffisante, c'est Weir Mitchell qui, en 1874, apporte quelque lumière là-dessus. Plus tard Charcot s'en occupe et en 1876, Raymond dans sa thèse en fait une étude complète ; Bidon, Mongin, et Stéphan s'efforcent d'éclaircir le côté anatomo-pathologique et publient des articles importants.

Le mot d'athétose (α *θετός* = sans position fixe) est lancé, à la suite de deux observations, pour la première fois en 1871 par Hammond, de New-York. Charcot, Gowers l'étudient et la considèrent comme une variété de la chorée post-hémiplegique. En 1877, Grasset, d'accord sur ce dernier point avec Charcot, en

fait dans le *Montpellier Médical* une remarquable étude critique, et un an après paraît la thèse d'Oulmont, où tous les côtés de la question sont discutés avec talent. Depuis, foule de publications : Bidon, Ricoux (thèse de Nancy, 1882), Fournier (thèse de Montpellier, 1884), Wiszwianski (thèse de Würzburg, 1889), etc...

Mais en 1880, c'est-à-dire avant l'apparition de ses tout à fait derniers travaux, le professeur Grasset publie, dans le *Progrès Médical*, une observation d'une nouvelle variété de mouvements post-hémiplégiques et lui donne le nom d'hémiataxie. L'attention attirée sur ce point, on ne tarde pas à voir publier un grand nombre d'observations et de travaux : Demange, Ricoux, Barthout, (thèse de Paris, 1898), Hubert, Dercum, Goldscheider. Oppenheim, Köhisch, Claparède (thèse de Genève, etc.)...

Le cadre des mouvements anormaux post-hémiplégiques va toujours en s'élargissant, et l'hémi-paralysie agitante est mentionnée par Leyden, Grasset, etc...

En 1881, le professeur Bernheim publie, dans la *Revue de l'Est*, une observation d'hémisclérose en plaques bilatérale. Puis, un an après, Ricoux, poussé par Démange, en rapporte d'autres et réserve à l'hémisclérose un chapitre spécial dans sa thèse. Ce dernier auteur, de plus, parle des variétés mixtes.

Enfin les mouvements de syncinésie et les mouvements du côté sain des hémiplégiques, connus peut-être depuis longtemps, n'ont fait l'objet d'études spéciales que ces derniers temps : Camus (thèse de Bordeaux), Faure (thèse de Lyon), Sander (thèse de Halle), Wollenweber (thèse de Bonn, etc.)...

CHAPITRE II

Étude clinique.

A. — APERÇU GÉNÉRAL

«Maintes fois dans leurs leçons cliniques, maintes fois au lit du malade, dit Ricoux, nos maîtres nous ont montré la diversité d'aspect que revêt l'ensemble symptomatique des maladies dont le substratum anatomo-pathologique est cependant identique, et s'il est vrai de dire qu'il est rare de rencontrer des types morbides tels que nous les présentent les traités didactiques, combien cette vérité, que l'expérience vient corroborer chaque jour, est-elle plus éclatante quand il s'agit des maladies nerveuses ! Les tremblements post-hémiplégiques échappent moins que tout autre peut-être à la loi commune.»

Ces lignes suffisent amplement pour faire comprendre de suite combien il est difficile de soumettre à une description générale, alors même que l'on suppose une cause primordiale exactement la même, l'infinité de troubles moteurs post-hémiplégiques. Aussi un coup d'œil jeté rapidement sur des points qui ne concernent aucune forme clinique à l'exclusion des autres et qui n'ont pas de limites bien précises, fera l'objet de notre aperçu général.

Qu'on examine tout d'abord la façon dont débute l'incoordination motrice, on verra qu'à côté des cas où elle s'établit brusquement et acquiert rapidement toute son intensité, il en est

d'autres où elle survient d'une façon lente et progressive, suivant ainsi en sens inverse la diminution de la force musculaire (tumeurs cérébrales).

On est en présence de la même diversité, lorsqu'on cherche à connaître l'intervalle qui sépare le début de l'hémiplégie du moment où apparaissent les premiers mouvements anormaux. En dehors de l'état de contracture et de paralysie flasque, ceux-ci peuvent survenir à des époques très différentes, et on voit des cas où ils ont suivi l'hémiplégie de plusieurs jours, plusieurs mois et plusieurs années même et d'autres où ils ont débuté avec l'hémiplégie. En effet, si celle-ci est incomplète, si ce n'est qu'une simple hémiparésie, «dès le début, s'il doit survenir, le tremblement peut exister» (Ricoux). Mais qu'on s'imagine les membres frappés d'une impuissance absolue causée par une flaccidité ou une contracture, tant que celles-ci dureront on ne pourra observer aucun mouvement anormal. Au contraire, lorsque le malade commence à sentir le retour des forces dans ses membres paralysés, ceux-ci peuvent devenir le siège d'une incoordination motrice quelconque.

Ce qui se dégage de ces lignes, c'est que, près ou loin de l'hémiplégie, pour qu'il y ait des mouvements anormaux, il faut que les mouvements volontaires, pour si petits qu'ils puissent être, soient possibles.

Quant à leur siège, les mouvements anormaux frappent d'habitude les deux membres du côté paralysé. Ils sont dans des cas pareils généralement plus marqués au supérieur qu'à l'inférieur.

Un seul membre toutefois peut en être atteint à l'exclusion de l'autre. La face participe souvent à l'incoordination du côté malade et peut, dans certains cas, rares à la vérité, devenir le siège exclusif des troubles moteurs. Le cou et les épaules, soit en même temps que d'autres parties du côté hémiplégique, soit d'une façon isolée, sont susceptibles d'être agités de secousses

involontaires. On voit enfin les mouvements post-hémiplégiques se généraliser et devenir bilatéraux. D'après les auteurs, pour qu'on les observe du côté sain, il faut que l'hémiplégie soit multiple. Cela est vrai, mais, si l'on se fie aux observations de Faure, cette condition ne serait pas toujours nécessaire.

Les mouvements anormaux peuvent se produire au repos, dans les actes voulus ou à la fois dans les deux. Dans certains cas, l'incoordination motrice du repos n'est pas modifiée ou même est supprimée par les actes volontaires, dans d'autres à peine perceptible, « larvée », comme le disent certains auteurs, le malade étant au repos, elle prend à l'occasion de mouvements dictés par la volonté des proportions considérables. Il arrive aussi que le mouvement anormal, très limité au repos, se propage, dans les actes, aux segments voisins.

Les mouvements post-hémiplégiques sont loin de présenter les mêmes caractères. Ici leurs oscillations sont assez amples, là elles le sont fort peu ; très lents dans un cas, ils se font remarquer par leur rapidité dans un autre. Bien cadencés, rythmiques, les mouvements rappellent chez certains malades le tremblement de la paralysie agitante ou de la sclérose en plaques ; ailleurs ils sont brusques, convulsifs, arythmiques.

Ajoutons qu'avec le temps, le désordre musculaire quel qu'il soit peut se compliquer d'un autre, subsister avec le malade sans changement de caractère, diminuer d'une façon considérable et ne laisser de son passage que quelques reliquats ou bien, perdant beaucoup de son intensité et de son étendue, se transformer en un autre, et nous aurons ainsi quelques notions générales sur la question.

Abordons maintenant l'étude de chaque forme clinique en particulier.

B. — ETUDE DE CHAQUE VARIÉTÉ EN PARTICULIER.

I. — *Hémichorée.*

Qu'on en donne une définition plus ou moins complète, comme l'a fait Raymond, qu'on raconte simplement ce que l'on a vu à l'hôpital ou que l'on aura obtenu en parcourant les nombreuses observations publiées sur ce sujet comme l'ont fait d'autres, l'hémichorée posthémiplegique reste toujours, au point de vue clinique, une variété de la chorée vulgaire.

Nous allons plus loin et nous disons que c'est une chorée partielle; une chorée limitée en ce sens qu'elle n'est généralement pas aussi généralisée que la chorée névrose. Rien de fixe, en effet, quant à son siège, son étendue. Le plus souvent le côté hémiplegié dans sa totalité est frappé d'un mouvement choréiforme; mais nombreuses sont aussi les observations où ces derniers n'intéressent que la face, qu'un membre, qu'un segment de membre, « mais jamais le segment le plus éloigné de la racine d'un membre », dit Ricoux. En ce qui concerne ce dernier point, nous ne sommes pas d'accord avec cet auteur et nous admettons des cas d'hémichorée « atténuée », c'est-à-dire limitée d'emblée seulement à la main ou au pied (Obs. personnelle) et pouvant imposer ainsi pour une hémithétose sans cependant être de l'athétose, D'ailleurs Fournier, contrairement à l'opinion de Ricoux, qui admet une sorte de dégénération de l'hémichorée en hémithétose, chose que personne ne saurait contester, avait très bien saisi ce détail en disant : « Mais nous verrons que dans ce dernier cas (parlant de l'athétose) les mouvements irréguliers ont un caractère tout spécial qui permet de les distinguer de ces formes atténuées d'hémichorée ».

Ce qui caractérise, d'après Grasset, l'hémichorée, ce sont : l'instabilité au repos ; les mouvements désordonnés, irréguliers, arythmiques, non oscillatoires ; puis leur exagération par les

mouvements volontaires, enfin le fait de ne pas être influencés par la vue.

En effet, ce sont des mouvements involontaires ; le malade ne peut pas rester tranquille, il ne peut pas reposer ; ses membres sont mus d'une façon presque continuelle dans toutes les directions. Ce sont de grands mouvements qui agitent ces derniers dans leur totalité, leur impriment des torsions ou bien les écartent et les rapprochent alternativement de l'axe du corps par des secousses bizarres et illogiques ; d'autres fois, les segments d'un membre, les doigts eux-mêmes, subissent des mouvements de flexion et d'extension qui se font remarquer par leur brusquerie, leur arhythmie, l'inégalité des intervalles et l'imprévu des contorsions propres à la chorée névrose. Les épaules, le cou, la tête y prennent fréquemment une part plus ou moins large. Que le malade essaie de calmer cette agitation en exécutant du membre malade un acte volontaire, il la stimule encore davantage et voit son état prendre des allures encore plus inquiétantes. Qu'il saisisse simplement dans ce but un objet quelconque, plus il voudra le serrer, plus son membre sera projeté follement dans les différents sens jusqu'à ce que l'objet s'en échappe s'il n'est déjà cassé. Veut-il marcher, « les mouvements désordonnés agitent ses jambes et impriment des secousses au corps tout entier » (Grasset).

La vue n'aurait aucune influence sur la chorée symptomatique d'après certains auteurs. Cette règle ne nous paraît pas absolue ; notre malade de la salle Fouquet, dont nous rapportons l'observation dans ce travail, nous inspire justement certains doutes sur ce point, et, sans être affirmatif, nous pouvons espérer que d'autres faits viendront peut-être confirmer ce que nous avançons.

En discutant le siège du symptôme, nous lui avons assigné la face comme siège exclusif dans certains cas. Ce n'est pas au hasard que nous le faisons : notre observation II, empruntée à

la thèse de Brissaud, et résumée par Ricoux, en est un remarquable exemple ; c'est une ancienne hémiplegique qui n'a rien au repos mais chez laquelle, dès qu'il s'agit de prononcer le moindre mot, le côté gauche de la face s'agite, la commissure labiale s'élève, les narines se dilatent, les paupières se convulsent et clignent... Qu'on en fasse une nouvelle variété de mouvements posthémiplegiques — un véritable tic — ce que nous n'osons pas avancer faute d'autres observations, ou qu'on l'envisage comme une chorée limitée à la face, le fait est noté.

Telles sont les conditions les plus habituelles dans lesquelles on observe l'hémichorée ; mais, depuis que l'on a mentionné des variétés plus complexes, on sait qu'elle peut coïncider avec d'autres formes de mouvements, contribuant ainsi à former des variétés mixtes.

L'intervalle qui sépare le premier accident (hémiplegie), du moment où apparaissent les mouvements choréiformes, est des plus variables. Ce qu'on sait, ce qui est admis par tout le monde, c'est que les mouvements anormaux n'existent pas tant que les membres sont en état de contracture ou de paralysie flasque, ils s'installent progressivement ou d'une façon rapide au moment où les mouvements volontaires, commençant à se manifester, font naître chez le malade le doux espoir d'une guérison complète et définitive.

L'hémianesthésie coïncide le plus souvent avec l'hémichorée et l'école de la Salpêtrière, considérant comme inséparables les deux symptômes, trouvait là un argument très éloquent pour localiser la lésion causale dans le tiers postérieur de la capsule interne. Nous n'en dirons rien, étant donné que nous excluons de notre travail l'étude de l'anatomie pathologique. Lorsque l'anesthésie existe, c'est la sensibilité générale qui est atteinte le plus souvent, mais la sensibilité spéciale peut l'être dans certains cas. Il n'est pas rare que l'hémichorée et l'hémianesthésie se trouvent séparées, soit que l'anesthésie existant au début ait rétrocedé

petit à petit, faisant ainsi place à une sensibilité complète, soit qu'elle n'ait jamais fait son apparition. Un de nos malades, que nous mentionnons sans vouloir en faire une nouvelle théorie, nous paraît plutôt hyperesthésié (Obs. I).

Nous insérons à la suite de cette étude cinq observations, dont quatre sont empruntées aux auteurs et dont une, commencée par M. Malbois, a été terminée par nous.

Première Observation (personnelle).

Syphilis cérébrale. — Hémiplegie droite avec aphasie. — Hémichorée posthémiplegique du même côté.

Depuis le 17 mars 1889, le nommé Ch. P. est couché au n° 6 de la salle Fouquet, service de M. le professeur Grasset.

Agé de 47 ans, il est un éthylique douteux, mais il a contracté, il y a cinq ans, une syphilis qui a été soignée pendant quelque temps seulement.

Histoire de la maladie. — Le malade souffrait depuis plusieurs jours de douleurs de tête continues, peut-être plus marquées du côté gauche, comme il l'indique lui-même. Il y a cinq jours, il a constaté qu'il commençait à se servir péniblement du bras droit, puis de la jambe du même côté. Peu à peu la paralysie s'est installée complète à droite. En même temps survenait de l'embarras de la parole, qui s'est établi insensiblement. La parole est perdue en dernier lieu.

Un médecin, appelé, ordonne un traitement spécifique suivi cinq jours, au bout desquels le malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Il existe une hémiplegie complète à droite.

Le 22 mars. — Le malade parle maintenant d'une façon lente et scandée, mais très compréhensible. Il commence à mouvoir le bras, mais tous les mouvements se passent dans l'épaule.

Le 25 mars. — Le bras droit est nu par segments, mais les petits mouvements des doigts sont impossibles. L'épaule est libre ainsi que le coude, mais le poignet resté encore paralysé.

Au membre inférieur, légère flexion. Les mouvements d'abduction et de flexion de la jambe sur la cuisse sont dès aujourd'hui très étendus.

Le 26 mars. — L'usage de la parole est complètement retrouvé. Plus de signes de parésie faciale. La jambe droite est le siège de mouvements assez étendus et la flexion est presque complète. L'épaule, le coude sont libres ; le poignet, les doigts sont au contraire immobiles, pas de troubles vésicaux ou rectaux.

C'est le 13 avril 1899 que nous examinons le malade pour la dernière fois et nous relevons :

Membre supérieur droit.— Point de contracture. Les articulations du coude, du poignet et des doigts sont complètement libres.

Au repos, on aperçoit quelques mouvements qui ne surviennent que toutes les 4 ou 5 secondes. Peu étendus, ils siègent dans les doigts, qui sont mus tantôt séparément, tantôt ensemble (on voit de temps en temps les trois derniers doigts se mouvoir d'une seule pièce). La flexion et l'extension sont les deux types principaux ; mais on remarque aussi des mouvements dans le sens latéral.

En travail.— Au moment même où le malade sort le bras des draps de son lit, sa main — toute la main — est agitée d'un mouvement incessant de flexion et d'extension pendant lequel le poignet paraît très libre, et la main dans son ensemble se meut autour d'un axe passant par l'extrémité inférieure de l'avant-bras, de sorte que l'extrémité de la main décrit des arcs de cercle très étendus.

En faisant tenir l'avant-bras verticalement en l'air, le coude appuyé sur le lit, on met le membre dans un état d'équilibre très instable : mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction. Tout va ensemble, les doigts étant immobilisés dans l'attitude de la flexion. Les choses étant ainsi disposées, le malade est dans l'impossibilité absolue de détacher le coude du lit.

Lorsque nous ordonnons au malade d'étendre sa main horizontalement et d'écartier les doigts, nous constatons que, à côté du mouvement qui meut tout le membre, la main se fléchit sur le poignet et tombe : les doigts à leur tour se fléchissent sur la main. Alors, dans cette attitude assez caractéristique, nous sommes en face de mouvements anormaux très irréguliers qui s'exécutent dans les

quatre sens : flexion, extension, abduction, adduction. Nous voyons de plus quelques mouvements athétosiques des doigts.

Pas de mouvements associés. La volonté, la vue même exagère les mouvements anormaux au repos.

Force musculaire presque complètement effacée. Hyperesthésie; pas de perversion ni dissociation de la sensibilité.

Légère atrophie des éminences thénar et hypothénar. Les masses musculaires nous paraissent plus flasques que celles du côté opposé. Le membre est le siège d'une pigmentation très prononcée et d'une desquamation épidermique qui remonte jusqu'au-dessus du coude.

Comme sensation subjective, le malade nous signale une douleur au coude et à l'épaule, qui augmente au dire du malade, à l'occasion des mouvements voulus.

Membre inférieur. — Pas d'atrophie, pas de douleur; aucun phénomène subjectif. Sensibilité normale; pas de contracture. Le malade marche difficilement et rien qu'avec l'aide d'une autre personne. Sa démarche est bizarre. Il sautille comme un scléreux en plaques, croise ses pieds et quitte le sol par le bout de son pied malade en dernier lieu. Il steppe de ce côté-là.

Les réflexes tendineux sont exagérés aux deux membres du côté malade, à l'inférieur, de plus, on détermine de la trépidation.

Face normale. La parole est complètement retrouvée.

Côté sain. — Rien d'anormal sinon une exagération des réflexes.

Observation II¹.

Hémichorée faciale post-hémorragique.

Mme Raimb..., âgée de 60 ans, est à la Salpêtrière depuis 4 mois environ.

Les renseignements obtenus de la malade sont peu précis; cependant elle eut, il y a deux ans, une première attaque sans perte de connaissance, qui fut suivie de paralysie du côté gauche,

¹ Résumée d'après la thèse de Ricoux.

puis successivement survint à plusieurs reprises une paralysie du même côté ; il y aurait même eu une attaque d'apoplexie vraie.

En 1879, il ne reste plus aucun symptôme de l'hémiplégie ancienne, à part peut-être un peu de contraction du côté gauche de la face, lorsque la malade est immobile et indifférente. Mais aussitôt que Raimb... ouvre la bouche pour dire le moindre mot, tout le côté gauche de son visage se contracte, la commissure labiale s'élève, la narine se dilate, l'orbiculaire des paupières se convulse, donnant lieu à un clignement rapide, en un mot c'est un tic hémiplégique de la face, survenant seulement à l'occasion des mouvements volontaires. Les mouvements du front eux-mêmes participent à cette sorte d'hémichorée faciale.

Réflexe rotulien très prononcé à gauche.

Observation III (résumée)¹.

Hémiplégie droite. — Hémianesthésie. Hémichorée.

Jeune fille de 21 ans, couturière, entre à l'hôpital le 13 septembre 1883.

Attaque d'apoplexie dans ses antécédents héréditaires. D'un tempérament lymphatique, elle a eu des manifestations scrofuleuses multiples. Depuis l'âge de 15 ans, règles irrégulières. A 18 ans, fièvres intermittentes. Chloroanémie consécutive. Plus tard, chagrins, céphalée frontale qui dure un an et qui, s'exaspérant un jour, entraîne des vomissements et oblige la malade à se coucher. Au réveil, hémiplégie droite complète s'accompagnant d'hémianesthésie ; perte de la parole et de la connaissance, délire durant quatre jours.

Deux mois après, la parole et les mouvements reviennent doucement. On l'envoie aux eaux sulfureuses chaudes, et c'est alors que les mouvements anormaux commencent : ils frappent le membre supérieur, puis l'inférieur et deviennent, avec le temps, caractéristiques. Ce sont des mouvements choréiformes. Au membre supérieur, pendant le repos, ils sont limités à la main et aux doigts

¹ Fournier ; Thèse de Montpellier, 1884 (obs. II).

(au pouce principalement), mais s'exagèrent dans les actes et gagnent le poignet et l'avant-bras. On les observe aussi au membre inférieur. Le sommeil les calme.

La sensibilité générale sous toutes ses formes est atteinte; il en est de même de la sensibilité spéciale: ouïe, odorat, goût, sont presque abolis du côté hémiplégié, hémiopie, rétrécissement des champs visuels.

Depuis l'attaque, poussées congestives du côté de l'encéphale; toujours de la céphalée frontale.

Ne trouvant rien au cœur et aux poumons, et voyant échouer toute espèce de traitement, on institue le traitement antisyphtique.

Observation IV (résumée)¹.

Hémiplegie droite. — Hémianesthésie. — Hémichorée post-hémiplegique.

Marie D..., 52 ans. Entrée il y a 4 ans à l'Hôpital Général de Montpellier, pour une chute sur la voie publique; morte le 25 septembre 1883 (service de M. Hamelin).

Point de syphilis.

Deux ans et demi après son entrée à l'hôpital, elle est prise, la nuit, de vomissements. M. le professeur agrégé Hamelin trouve une hémiparésie et une hémianesthésie incomplète du côté droit.

Quelques jours après, des mouvements choréiques dans les membres du même côté. On la traite par le bromure de K, mais les mouvements s'exagèrent; on donne alors de la strychnine; et les mouvements anormaux n'apparaissent que dans les actes volontaires.

La malade succombe aux accidents de péritonite.

Autopsie. — Méninges épaissies, liquide séreux abondant. Sur les coupes de Pitres: Lésion de la capsule interne dans toute son étendue et de la partie postérieure du noyau lenticulaire.

¹ Fournier; cité (obs. VIII).

Observation V¹.

Foyer hémorragique dans le domaine de l'artère optique postérieure. — Hémiplégie, puis hémichorée. — Hémianesthésie.

Terr.... est entrée à la Salpêtrière en 1870 (service de M. Charcot).

Cette femme, cinq ou six ans avant son admission, avait été frappée tout à coup d'hémiplégie gauche. Les mouvements choréiformes, qui existent encore aujourd'hui dans les membres de ce côté, se sont développés au moment où les symptômes de paralysie motrice commençaient à s'amender. Accusés surtout au membre supérieur, les mouvements anormaux se produisent d'une manière constante en dehors de toute incitation volontaire, mais ils s'exaspèrent remarquablement dans l'accomplissement d'actes intentionnels. Ils ne cessent que pendant le sommeil.

La malade a été examinée à plusieurs reprises dans le cours des dernières années, et plusieurs fois on avait très nettement constaté l'existence d'une hémianesthésie du côté atteint de chorée dans les derniers temps de sa vie ; cette diminution de la sensibilité était beaucoup moins accentuée. — La malade succomba à la suite d'une nouvelle attaque d'apoplexie.

Autopsie. — On trouve, en suivant le ventricule latéral du côté droit, un foyer ocreux, vestige d'une ancienne hémorragie.

Ce foyer aplati, dont le diamètre est à peu près celui d'une pièce de un franc, intéresse les parties suivantes : 1° l'extrémité antérieure et externe de la couche optique ; 2° le tubercule quadrijumeau antérieur correspondant, qui a conservé sa dimension, mais est légèrement teinté en jaune ; 3° l'extrémité la plus ténue du noyau caudé ; enfin les parties du ventricule qui sont immédiatement en arrière et en dehors de l'extrémité postérieure de la couche optique et du corps strié.

Le foyer récent qui avait déterminé les accidents terminaux était placé superficiellement, immédiatement au-dessous de la couche corticale dans le lobe occipital gauche.

¹ Raymond ; Thèse de Paris, 1876.

II. — *Hémiathétose.*

Parmi les troubles moteurs post-hémiplégiques, une place à part doit être réservée à l'hémiathétose. C'est bien un syndrome clinique, comme l'ont dit Charcot et Grasset, il y a plus de vingt ans, qui n'est qu'une variété de l'hémichorée. Mais si l'on va au fond des choses, on voit, et la clinique nous l'apprend tous les jours, que les mouvements athétosiques, tels que nous nous proposons de les étudier, présentent quelque chose de particulier quant à leur siège, leur allure, leur forme et nécessitent une description spéciale. « L'aspect d'un athétosique, dit Oulmont, est frappant et fait comprendre du premier coup que l'on ait rangé l'affection dans une classe à part. »

Et d'abord, les doigts et les orteils du côté paralysé constituent son siège de prédilection. Elle s'y cantonne le plus souvent, sans en dépasser les limites. Mais dans certains cas, des doigts elle gagne la main et même le poignet, comme elle peut, en partant des orteils, envahir le pied tout entier et arriver à l'articulation tibio-tarsienne.

D'une façon générale, les différentes parties du membre supérieur qui sont susceptibles d'en être le siège le sont bien plus souvent que les parties du membre inférieur, qui leur correspondent imparfaitement. A l'exemple de l'hémichorée, l'hémiathétose peut se localiser dans la face et le cou, mais, de l'aveu de tous les auteurs, c'est un fait exceptionnel.

Lorsque toute la main ou tout le pied sont pris, c'est toujours dans les doigts et les orteils que les mouvements présentent leur maximum d'intensité. Si la main et le pied du même côté sont pris souvent ensemble, il n'est pas rare aussi d'observer l'un des deux membres atteint à l'exclusion de l'autre. Ainsi dans les observations qui figurent dans ce travail, on voit l'hémiathétose limitée

trois fois au membre supérieur, une fois au membre inférieur et deux fois seulement aux deux membres à la fois. Le côté sain enfin, nous l'avons fait prévoir à propos de l'étude en général, peut devenir le siège des mouvements athétosiformes.

L'hémiathétose peut survenir de deux façons : tantôt elle s'installe d'emblée et reste telle pendant des années, jusqu'à l'infini même, tantôt au contraire ce sont des mouvements choréiformes qui abandonnent petit à petit les racines des membres, qui s'atténuent pour ainsi dire, laissant à leur suite une autre variété de mouvements, « qui n'est que l'expression affaiblie et comme l'écho lointain de la première, à laquelle on a donné le nom d'hémiathétose » (Ricoux). L'observation de Teissier, que nous reproduisons résumée, en est un exemple.

Quelle est la physionomie purement clinique de ce syndrome ? Ce sont des mouvements involontaires se produisant au repos, mais qui s'exagèrent pendant les actes volontaires ; ils sont lents, reptatoires, et, tout en étant irréguliers, ils sont moins brusques, plus intentionnés, plus logiques, s'il est permis de parler ainsi, que ceux de la variété précédente. Les émotions vives les exagèrent souvent, le sommeil ne les calme pas toujours. A peine perceptibles dans certains cas, ces mouvements ont d'habitude une amplitude plus considérable et peuvent à la longue entraîner des déformations articulaires comparables à celles que détermine l'arthrite déformante. Tous les mouvements sont possibles. En effet, les doigts sont mus doucement, sans secousses, et on dirait au prix d'un effort considérable, dans tous les sens. Ils chevauchent les uns sur les autres, se surmontent étant portés les uns en flexion ou en extension, les autres en abduction ou en adduction.

Leurs phalanges s'écartent et s'approchent alternativement les unes des autres ou bien sont portées isolément ou ensemble et dans un désordre plus ou moins marqué vers les deux faces de la main. D'autres fois, la main étant appuyée la face pal-

maire en bas, les doigts sont étendus, puis fléchis l'un après l'autre et d'une façon plus régulière, de sorte que l'un est déjà revenu à son point de départ lorsque l'autre commence sa course. D'où cette comparaison avec les tentacules d'un poulpe marin qu'on rencontre dans presque tous les auteurs. Chez un de nos malades (Obs. IX), les mouvements s'arrêtent par moments. Mais dès que nous attirons son attention, dès qu'il voit que nous fixons du regard sa main, les doigts recommencent leur travail, seulement ils partent plus vite cette fois, puis, leurs phalanges terminales légèrement fléchies, ils paraissent avoir un but ; à le voir, on dirait qu'il touche les touches d'un piano. Au poignet, la flexion et l'extension s'observent quelquefois, mais l'adduction et l'abduction sont plus fréquentes. Il en est de même en ce qui concerne le pied. Quant aux orteils, ils se comportent à peu près comme les doigts : tous les mouvements peuvent s'y observer. Ils jouissent de leur indépendance et se portent dans toutes les directions. Les phalanges se fléchissent et s'étendent les unes sur les autres. Mais de tous les mouvements, l'extension — une extension souvent forcée du gros orteil — reste un fait dominant.

Dans certains cas, les doigts étant écartés et bizarrement retroussés, pour parler comme Brissaud, sont subitement fixés dans cette position. Cette espèce de contracture passagère intéresse plus souvent encore le poignet et le cou du pied et leur fait garder pendant quelques instants la position qu'ils avaient, ou bien les porte en flexion forcée. C'est la *fausse athétose* de Brissaud, c'est le *spasme intermittent* d'Oulmont. Quelle qu'en soit l'interprétation, ce phénomène, d'après ce dernier auteur, s'observe pendant les mouvements. Il cède facilement à certains artifices.

« De même que l'hémichorée, l'hémiathétose coïncide souvent avec l'hémi anesthésie, dit Fournier, ce qui semble déjà faire prévoir une localisation identique ». Nous n'avons rien à y ajouter.

Voilà l'hémiathétose posthémiplégique dans sa forme la plus commune. Mais, à côté de ces cas types, il y en a d'autres qui forment une véritable transition entre elle et l'hémichorée. Il y a enfin des observations où les mouvements, tout en étant de l'hémiathétose, sont tellement déviés du type habituel, qu'on éprouve une grande difficulté lorsque, en clinique, il s'agit de les rattacher à un groupe quelconque.

Avant de clore ce chapitre, nous ne pouvons passer sous silence le fait que l'hémiathétose peut coïncider tour à tour avec chacune des autres variétés et prendre ainsi une large part dans les formes mixtes.

Six observations suivent l'étude de l'hémiathétose :

- 1° Hémiathétose de la main gauche (malade).
- 2° — — — — — consécutive à une hémichorée.
- 3° — — — — — des deux membres paralysés.
- 4° — — — — — du membre supérieur (personnelle).
- 5° — — — — — du membre supérieur.
- 6° — — — — — du membre inférieur.

Observation VI (résumée¹).

Atrophie cérébrale de l'enfance. — Hémiplégie gauche. — Atrophie du côté gauche. — Hémiathétose de la main gauche.

Homme de peine, 50 ans, entre à l'Hôpital Général en mars 1879.

Antécédents. — Mère morte d'une attaque d'apoplexie. Lui a eu des convulsions étant jeune.

A 2 ans, attaque convulsive suivie d'une hémiplégie gauche, qui se limite plus tard au membre supérieur. Atrophie du côté para-

¹ Brousse; Quatre nouveaux cas d'athétose (Montpellier médical, 1879).

lysé. Commencement de mouvements anormaux dans la main et les doigts du même côté.

Quelque temps après, intelligence peu développée, sensibilité diminuée dans le côté gauche, mais elle n'est pas abolie. Exagération du réflexe tendineux du genou gauche:

La parole est embrouillée, et cela, paraît-il, depuis l'enfance.

Le malade se trouble facilement; de plus, ses lèvres, ses paupières et même sa tête sont prises souvent d'un tremblement rythmique qui disparaît au bout de quelques secondes.

Motilité. — Du côté droit, tous les mouvements sont normaux; du côté gauche, l'épaule et le coude sont libres, mais l'avant-bras est immobilisé en demi-pronation, la main est fléchie à angle presque droit sur le poignet, si bien qu'au premier abord, on croit avoir affaire à une contracture; en effet, l'extension est impossible par la volonté seule, mais en prenant doucement la main, on la porte en extension.

Mouvements involontaires. — Si la main est au repos et en flexion, il ne se produit aucun mouvement. Mais dès que le malade étend ses doigts, il se développe dans ceux-ci des mouvements involontaires très lents: Mouvements d'adduction et d'abduction, surtout marqués à l'index; l'abduction est plus prononcée aux deux derniers doigts. En même temps, mouvements de flexion et d'extension dans les dernières phalanges, avec extension prédominante; ce phénomène est surtout prononcé au pouce; « la dernière phalange fait avec la première un angle obtus du côté de l'extension; on dirait qu'il y a une véritable subluxation des articulations phalangiennes ».

D'après Oulmont, cela serait dû au relâchement des ligaments et à des déformations articulaires (Brousse).

Au pied gauche, aucun mouvement involontaire.

Observation VII (résumée)¹

Hémiathétose consécutive à une hémichorée post-hémiplégique.

A 5 ans, ce malade eut une fracture de cuisse qui guérit complètement. Mais, deux mois après, il s'aperçut qu'il traînait la jambe gauche et que le bras de ce côté était faible. Bientôt à cette paralysie succédèrent de petits mouvements brusques, saccadés, involontaires, semblables à ceux de la chorée. Si le bras était immobilisé, il ne présentait rien d'anormal; mais sitôt qu'il était libre, tantôt il se portait en arrière, l'avant-bras étant en pronation forcée, tantôt il était ramené en avant, l'avant-bras étant en supination.

La marche était possible, mais le talon n'appuyait pas; l'enfant marchait en boitant.

Cette hémichorée incomplète devint un état habituel qui a duré jusqu'à ces derniers temps.

Depuis le mois de janvier 1880, ces phénomènes se sont étrangement compliqués. La jambe gauche, atrophiée, est dans un continuuel mouvement, mais le mouvement n'est pas saccadé et brusque comme celui de la chorée, il est au contraire lent et comme réfléchi.

La jambe a une tendance marquée à la flexion, l'extension complète ne peut se produire. En même temps, elle subit des mouvements d'adduction et d'abduction. Les orteils sont écartés et font, avec lenteur, un invincible mouvement de circumduction autour de leur base (mouvements des tentacules d'un poulpe marin).

Observation VIII (résumée)²

Hémiathétose du côté droit. — Doigts, main et poignet, pied tout entier.

Femme de 32 ans. Pas d'antécédents héréditaires; à l'âge de 2 ans, elle eut une frayeur très vive, et, quelques jours après, des

¹ Teissier; Lyon médical, 1880 (résumée d'après la thèse de Ricoux et citée par Fournier).

² Landouzy; Bul. de la Soc. anat., 1878 (résumée d'après Ricoux, obs. vu).

mouvements presque constants des doigts de la main droite se montrèrent. Ces mouvements, limités d'abord aux doigts et aux orteils, s'étendent avec les années au coude, à la main, au poignet et au pied tout entier.

C..., entre le 2 juin 1877, dans le service de M. Hardy, à la Charité pour un épithélioma du col utérin.

Membres. — Légère boiterie à droite. Le bras droit est demi-pendant le long du corps, le poignet infléchi à angle droit sur l'avant-bras; le pouce, fixé contre l'index ou infléchi dans la main, est recouvert par les autres doigts, qui sont agités de petits mouvements lents et constants. Si, la malade étant debout, on lui fait faire un mouvement quelconque dans n'importe quelle partie du corps, même dans la face, des contractures légères surviennent dans les orteils droits. Si elle exécute des mouvements voulus avec la main et le poignet droits, lentement, insensiblement avec un retard appréciable, des mouvements de flexion forcée des orteils se produisent.

Quand C... est couchée, le membre malade occupe à peu près la même position que lorsqu'elle est debout, c'est celle des hémiplé-giques atteints de contracture avec rétraction des fléchisseurs.

Au repos, les mouvements sont petits, faibles, à peine visibles, ils s'exagèrent au moindre mouvement voulu, et la main primitivement fléchie, passe à l'extension complète par un mouvement lent, continu et comme fait avec effort.

Un peu de raideur non douloureuse dans le bras et l'avant-bras, pas de contracture réelle. Sensibilité normale.

Dans le décubitus, le pied est porté en dedans, les orteils sont incomplètement fléchis. La flexion et l'extension voulues du pied et de la jambe se fait, mais lentement, et comme par une série d'efforts. Les orteils pendant ce temps-là font des mouvements incessants.

Les mouvements du membre supérieur déterminent des mouvements du cou du pied et des orteils.

Immobilité complète pendant le sommeil.

Cette femme succombe par le progrès de son épithélioma.

Autopsie. — Le pédoncule cérébral gauche paraît dans toute son étendue moins large que le droit.

On fait la coupe mamellaire et on constate :

Le corps strié extraventriculaire gauche est occupé par un foyer irrégulier dans ses contours ; ce foyer, de coloration brunâtre, de consistance molle, renferme dans son milieu un calcul du volume d'un haricot. Le ganglion lenticulaire, quoique ramolli, n'est pas diffluent et le calcul est fixé, enkysté, au milieu d'un tissu formé de détritrus caséux et de brides filamenteuses, trame organisée d'apparence conjonctive. — Le noyau lenticulaire est seul intéressé, les capsules interne et externe sont intactes. La capsule interne, comme la couche optique, paraît un peu déformée, mais cette déformation légère paraît due à ce que ces parties ne sont plus exactement soutenues par le ganglion lenticulaire, dont la consistance et le volume ont diminué. — Les coupes parallèles à la coupe mamellaire, montrent que les lésions du ganglion intéressent celui-ci seulement dans sa partie antérieure dans une longueur comprise entre son extrémité frontale et un plan vertical passant immédiatement en avant des pédoncules cérébraux.

Observation IX (personnelle).

Hémiplégie droite. — Aphasie mnésique. — Hémiathétose limitée au membre supérieur droit. — Hémianesthésie.

C... Pierre, âgé de 48 ans, cordonnier, est atteint d'hémiplégie droite et d'une curieuse variété d'aphasie (aphasie mnésique de Pitres) dont le début nous échappe.

Actuellement il est au n° 35 de la salle Saint-Charles à l'hôpital Général, qu'il habite depuis plusieurs années.

Il nous est absolument impossible de tirer le moindre renseignement sur ses antécédents.

Le membre supérieur du côté hémiplégé présente un aspect normal. Pas d'atrophie (?). Léger degré de contracture. Lorsqu'on cherche à mobiliser n'importe quelle articulation, on détermine des mouvements convulsifs très irréguliers.

Il est impossible au malade de maintenir sa main droite au repos. A des intervalles très rapprochés, les doigts sont agités, d'une façon assez brusque, de mouvements de flexion et d'extension, d'adduction et d'abduction très rapides et très irréguliers. En effet, les

doigts chevauchent les uns sur les autres, se surmontent et se croisent d'une manière qui reste à peu près toujours la même. Parfois, les mouvements anormaux étant suspendus, la main du malade appliquée par sa face palmaire sur une surface horizontale, celui-ci sentant ses doigts repartir, commence à balbutier : «te-te-te-te-te!», et l'on voit ces derniers se soulever alors d'une façon un peu plus régulière comme si le malade voulait jouer du piano.

Ces mêmes mouvements deviennent plus irréguliers, plus amples et plus rapides lorsqu'on fait tenir la main étendue en l'air ou que l'on ordonne au malade d'exécuter de cette main n'importe quel acte.

Par moment, lorsque l'attention du malade est attirée ailleurs, on constate la disparition la plus complète de tout mouvement anormal; au contraire, dès que celle-ci est attirée de n'importe quelle façon (il suffit de fixer du regard la main du malade), les mouvements réapparaissent immédiatement.

Pas de mouvements associés.

Force musculaire à peine perceptible.

Les réflexes tendineux sont exagérés. On n'a qu'à percuter très légèrement les tendons de l'avant-bras pour observer non seulement cette exagération, mais une espèce de trémulation très marquée, phénomène tout à fait comparable à celui du pied.

Sensibilité complètement abolie.

Membre inférieur.— Pas d'atrophie. Pas d'œdème. Léger degré de contracture au genou.

Les réflexes sont excessivement exagérés. En percutant le tendon rotulien, on provoque une série de secousses, dont le maximum de siège est dans les muscles de la cuisse.

La sensibilité est notablement diminuée.

Le malade ne peut pas marcher. Lorsqu'on l'aide, il le fait très difficilement : la jambe malade est en abduction et en rotation en dehors; totalement immobilisée, elle frappe le sol par le talon.

Rien du côté des sphincters.

Il est toujours aphasique.

Rien de particulier au côté sain.

Observation X¹.

Hémiathétose limitée au membre supérieur gauche.

Femme de 46 ans, d'une bonne santé habituelle, se tient facilement sur ses jambes, marche bien, mais passe la plus grande partie de ses journées dans son lit, elle n'est pas gâteuse.

Lorsqu'on examine les mouvements des membres supérieurs, on reconnaît que ceux du côté droit se font régulièrement ; mais dans la main et l'avant-bras gauche il existe un mouvement choréiforme, quand elle cherche à saisir les objets ; à ce moment le petit doigt et l'annulaire s'étendant par une sorte de spasme, ses doigts s'écartent en éventail, la main se fléchit sur le bord cubital ; elle se porte avec hésitation vers l'objet déterminé, et, seulement après quelques mouvements spasmodiques, elle parvient à le saisir. La force musculaire est notablement affaiblie dans cette main.

Rien de semblable n'existe dans la jambe gauche. Le mouvement de la main gauche rappelle celui de la chorée, il existe chez la malade depuis un nombre d'années qu'elle ne peut préciser.

La parole est nette. Pas de mouvements semblables dans les muscles de la face. Pas de trouble de la sensibilité.

La malade meurt de bronchite.

Autopsie. — La table interne du crâne offre une série de dépressions profondes, auxquelles correspondent des tumeurs qui s'y sont logées. La principale a le volume d'une grosse noisette, elle occupe le quart postérieur de la troisième circonvolution frontale droite et le tiers supérieur de la circonvolution frontale ascendante droite. Deux autres tumeurs du volume d'une lentille sont disséminées le long des circonvolutions bordant à droite la scissure inter-hémisphérique.

P. S. — M. Demange, au dire de Ricoux, avait porté tout d'abord le diagnostic d'hémichorée, mais, plus tard, l'athétose ayant été mieux connue, il avait présenté ce cas comme un cas d'athétose.

¹ Demange ; Rev. méd. de l'Est, 1879 (résumée d'après Ricoux, obs. x).

Observation XI (résumée)¹.

Athétose post-hémiplégique du membre inférieur.

M. L..., 33 ans. A l'âge de 5 ans, brûlure du pied gauche. A 20 ans, hémiplégie faciale droite survenue subitement, mais ne produisant qu'une irrégularité des traits sans aucune gêne et qui, après deux mois de traitement, fut complètement guérie. Cinq ans après, apparition de mouvements involontaires dans les trois orteils du pied gauche, ces mouvements ont persisté jusqu'à présent.

Ils se produisent d'une manière constante sans provocation; on ignore s'ils s'arrêtent pendant le sommeil, ils ne paraissent pas modifiés par la volonté. Ce sont des mouvements simultanés d'extension, d'abduction, puis d'adduction, il y a là comme une sorte de torsion externe, puis les orteils reviennent à la première position pour recommencer une nouvelle révolution. Ces mouvements ont pour siège les trois orteils externes du pied gauche, le deuxième orteil est aussi légèrement atteint. Ils sont accompagnés d'une sorte de retentissement dans tout le côté gauche, y compris les membres inférieurs et supérieurs.

Sensation d'engourdissement, fourmillements au pied et au-dessus du pied.

Sensibilité intacte sous toutes ses formes.

¹ Tison ; Gaz. des Hôpitaux, 1879 (résumée par Ricoux, obs. xi).

III. — *Hémi-paralysie agitante.*

Il existe une variété de mouvements post-hémiplégiques qui, comme celle que nous venons d'étudier, se produit au repos. Nous lui consacrons ce petit chapitre. Mais l'hémi-paralysie agitante n'est pas un simple trouble du repos ; elle existe dans les mouvements et peut même ne se manifester qu'alors, c'est-à-dire que lorsque le malade cherche à exécuter un acte quelconque. L'observation de Buzzard que nous reproduisons ici (Obs. XII) en est un exemple remarquable. Les mouvements volontaires peuvent l'exagérer, mais nous sommes loin d'être d'accord avec Barthout, qui dit : « Mais sont considérablement exagérés par tout mouvement intentionnel, par tout effort physique, toute émotion morale un peu vive ». Certes, en laissant de côté les émotions, les mouvements volontaires peuvent, nous le répétons, exagérer l'hémi-paralysie agitante, mais il est aussi très fréquent de voir qu'ils la diminuent et même la suppriment. Deux de nos observations et d'autres réunies dans la thèse de Ricoux le prouvent assez.

Ce ne sont plus ici des mouvements irréguliers et désordonnés, mais bien des mouvements réguliers, rythmiques, c'est sûrement et non plutôt, comme le dit Barthout, un tremblement doux, cadencé, uniforme et dont les oscillations se font remarquer par leur peu d'étendue, l'égalité des intervalles et une fréquence plus ou moins grande. Cent quatre-vingt par minute chez le malade de Buzzard, elles sont évaluées à deux cents chez celui de Leyden et à cent cinquante en moyenne chez le nôtre (Obs. XXI). Ce tremblement peut être, comme dans la paralysie agitante primitive, l'expression de certains mouvements coordonnés : tenir une plume (Obs. XIII), émietter du pain, filer de la laine, etc.

Faut-il rechercher chez ces malades les autres symptômes

qui complètent le tableau du vrai Parkinsonien ? Ce n'est pas obligatoire à notre avis. Nos observations en sont à peu près dépourvues ; cependant, nous lisons dans Grasset, à propos d'un cas qu'il a observé : « et s'accompagnait même de sensation de chaleur et de l'immobilité de la tête portée en avant, simulant l'attitude soudée, que nous décrirons dans la maladie de Parkinson ». M. Grasset rappelle de plus que des cas de ce genre sont mentionnés par Nothnagel, Leyden, etc.

En ce qui concerne le siège de l'hémi-paralysie agitante, nous serons obligé de répéter à peu près ce que nous avons déjà dit à propos des autres formes. La main et le pied du même côté sont pris ensemble ou séparément, c'est le côté hémiplégié qui est son siège de prédilection, mais on peut l'observer aussi, dans certains cas, du côté sain (Obs. XXI, personnelle). Nous devons ajouter ici un détail sur lequel nous n'avons pas assez insisté, c'est que les doigts sont mus ensemble, le pouce, tenu le plus souvent en opposition, se meut pour son propre compte.

Les mouvements anormaux cessent d'habitude durant le sommeil. La sensibilité peut être abolie ou persister : rien de fixe.

Voici deux observations empruntées l'une à Buzzard, l'autre à Lécorché et Talamon :

N. B. — Notre malade présentant en même temps qu'une hémi-paralysie agitante du côté sain des mouvements de syncinésie, nous avons inséré son observation à la suite du paragraphe consacré aux mouvements associés.

Observation XII¹.

Hémi-paralysie agitante post-hémiplégique, survenant dans le mouvement.

Elisabeth B..., veuve, âgée de 66 ans, a toujours joui d'une excellente santé jusqu'à il y a deux mois et demi environ. A cette

¹ Th. Buzzard ; A clinical lecture on skating Palsy, 1881.

époque, elle fut prise, à son réveil, de nausées, de vomissements, et elle constata un affaiblissement considérable dans une certaine étendue du bras et de la jambe gauches.

Elle s'aperçut en même temps que le bras et la jambe de ce côté ne pouvaient rester immobiles, qu'ils étaient agités d'un tremblement continuel. Un voisin, vieillard âgé, étant venu près d'elle, elle s'écria: «Ne me touchez pas, vous me renverseriez», tant était intense le tremblement.

Cette femme avait le genou droit meurtri par la violence des chocs qu'il recevait du genou gauche.

La malade garde le lit trois semaines, durant lesquelles les mouvements furent très violents, dans la suite ils diminuèrent d'intensité.

Etat actuel. — Pendant le repos, la main et le genou restent immobiles, mais, dès que la patiente s'efforce de saisir un objet sur une table, il survient dans le membre supérieur gauche, une succession de mouvements rythmiques de flexion et d'extension de la main, dont le nombre peut être évalué à 180 par minute.

L'attitude de la main n'est pas celle de la paralysie agitante. Une amie de la femme B..., veuve avec elle, raconte que parfois elle est obligée de rejeter ses couvertures se plaignant d'une vive chaleur. Depuis qu'elle est devant nous, sa face s'est, à différentes reprises, fortement colorée.

Le réflexe du poignet est exagéré des deux côtés, mais surtout à gauche, le réflexe patellaire se rapproche du clonus à gauche, à droite il est également un peu exagéré.

B... marche en trotinant à petits pas, elle est forcée de se servir d'un bâton pour éviter les chutes.

Aucun hémitremblement dans le genou gauche pour le moment, mais parfois dans la marche «il tressaute». Au dynamomètre: 40° à droite, 22° à gauche.

Jamais d'engourdissement dans la main gauche. L'avant-bras de ce côté est parfois le siège d'une vive douleur, surtout pendant la nuit.

Observation XIII¹.

Hémi-paralysie agitante post-hémiplégique limitée au membre supérieur droit.

T..., âgé de 65 ans, sans profession, entre à la maison municipale de santé le 30 juin 1879.

Pas d'autre maladie antérieure qu'une hernie inguinale gauche étranglée et opérée il y a huit ans. — Depuis deux ans, engourdissement, fourmillements dans le bras et la jambe droite. L'année dernière, paralysie passagère du côté droit, qui disparut au bout de trois ou six jours, après quelques frictions.

Depuis huit jours, le côté droit s'affaiblit de nouveau; le malade a la langue embarrassée, la tête lourde.

Etat actuel. — Rien de particulier dans le faciès. Pas de paralysie faciale, mais il existe du côté droit des contractions limitées de l'orbiculaire des lèvres qui plissent la lèvre supérieure et la relèvent vers le nez, en produisant une sorte de grimace.

Parole embarrassée, empâtée, confuse, bredouillements par moments.

Pas d'aphasie. Hémiplégie droite incomplète. Le malade se plaint de fourmillements et d'engourdissements dans tout le côté droit.

Sensibilité tactile et douloureuse normale.

Il serre avec moins de force de la main droite que de la main gauche.

Dynamomètre : A droite, 50

A gauche, 70

Marche avec peine en traînant la jambe gauche, l'épaule droite abaissée. Pas de contractures.

Les doigts de la main droite sont agités d'un mouvement continu absolument semblable à l'une des variétés de mouvements caractéristiques de la maladie de Parkinson. Les doigts sont, en général, rapprochés les uns des autres dans une extension incomplète, ils exécutent un mouvement rythmique qui rappelle celui d'une main

¹ Lécorché et Talamon; Etude faite à la maison municipale de santé, Paris, 1882 (cité par Ricoux).

tenant une plume à écrire. Le mouvement s'arrête par moments sous l'influence de la volonté, mais il reprend dès que le malade laisse sa main sans appui. Le malade affirme que ce tremblement n'existe que depuis la paralysie passagère de l'an dernier et qu'il est plus accusé depuis une huitaine de jours.

La main gauche ne tremble pas, ni la tête. Nous avons noté des contractions fibrillaires de la face ; aucun autre signe de paralysie agitante, ni raideur dans les muscles, ni faciès spécial, ni lenteur dans les mouvements.

Le malade sort au bout de quinze jours sans modification notable.

IV.V. — *Hémiataxie. — Hémisclérose en plaques.*

Après avoir étudié les mouvements qui se produisent au repos et dans les actes voulus, il est juste de nous occuper ici d'autres formes de troubles moteurs appartenant toujours à la grande famille des mouvements post-hémiplégiques et qui présentent cette particularité commune de ne se manifester que pendant le travail. C'est de l'hémiataxie et de l'hémisclérose en plaques que nous voulons parler. Étudiées plus récemment, ces deux variétés, disons-le dès à présent, à part le moment de leur apparition, n'ont rien de semblable : l'une fait partie des simples mouvements irréguliers, l'autre est un tremblement. Étudions-les séparément.

Hémiataxie. — Lorsqu'en 1880, à propos d'une observation que nous lui empruntons, M. Grasset écrivait dans le *Progrès Médical* : « Mais on n'a pas encore décrit à la suite de l'hémiplégie des phénomènes appartenant au type de l'ataxie, c'est-à-dire des contractions anormales se distinguant de tous les tremblements par leur irrégularité et se différenciant de l'hémichorée en ce qu'elles ne se produisent pas au repos... ». Dans ces seuls mots, il traçait déjà le tableau du nouveau syndrome. Qu'on s'imagine, en

effet, un instant être en face d'un ancien hémiparétique et actuellement hémiparétique, couché dans son lit. La façon dont il se tient, sa position, ses membres, rien ne trahit son état. Mais qu'on le prie, en lui présentant un objet quelconque, de saisir celui-ci, ou verra une de ses mains, agitée de secousses désordonnées, passer au-dessus ou au-dessous, à gauche ou à droite, dépasser ou ne pas atteindre le but, et, après plusieurs tentatives vaines, y arriver. S'il s'agit de toucher de la même main une partie limitée de sa figure, ces mêmes mouvements irréguliers se reproduiront, « le bras s'élève avec difficulté, et la main, au moment d'atteindre le but, décrit des oscillations transversales qui la portent tantôt à droite, tantôt à gauche et qui lui font atteindre la joue ou le menton, alors qu'elle devrait toucher le nez » (Barthout). Cette main, c'est la main autrefois paralysée, aujourd'hui ataxique.

Qu'on fasse marcher le même malade, il le fera difficilement, souvent pas du tout si on ne l'aide pas. Il va projeter follement son pied dans un sens ou dans un autre, il fauchera, et son talon frappera le sol comme un corps lourd et inerte. Si on le fait coucher, l'incoordination devient plus manifeste encore : s'il faut qu'il touche du bout de son pied un objet quelconque, celui-ci sera manqué (dépassé ou non atteint) à cause des mouvements brusques et saccadés qui vont agiter le pied.

C'est un type assez commun d'hémiataxie, mais nous devons avouer que les exceptions sont nombreuses. N'y a-t-il pas des exemples où l'on est hémiparétique d'un seul membre ? Ne sont-ils pas nombreux ceux où, à la suite de plusieurs ictus ou d'un seul même, les membres des deux côtés le sont et peuvent jusqu'à un certain point simuler un ataxique vrai ? (Obs. XV). Nous laissons parler les observations que nous avons eu le soin d'emprunter aux auteurs et de citer à l'appui de ce que nous avançons.

Néanmoins les mouvements de l'hémiataxie ne sont pas toujours aussi étendus que pourrait le faire supposer ce que nous

venons dire. Ce sont plutôt des mouvements peu étendus, « ombre effacée » (Ricoux) de ceux de l'ataxie. Ainsi, dans l'observation de Grasset (Obs. XIV), ils ne se manifestaient que lorsqu'il s'agissait pour le malade d'exécuter un acte délicat : s'il voulait écrire par exemple, ses doigts devenaient le siège de contractions fréquentes et irrégulières qui, non seulement l'empêchaient de fixer le crayon dans la position voulue, mais quelquefois le lui faisaient projeter au loin.

Nous rencontrerons l'hémiataxie dans les formes mixtes. Mais rappelons ici que le *spasme fixe* se produit aussi chez les hémiataxiques. Ceci prouverait que ce phénomène singulier n'est pas propre à certaines formes seulement et peut se produire chez tout hémiplégique pourvu qu'il soit, d'après l'expression de Brissaud, « en état d'*opportunité spasmodique* ». (Obs. XVI).

L'anesthésie est souvent mentionnée dans l'hémiataxie, mais elle fait défaut dans la moitié des cas.

A part quelques rares exceptions, les douleurs fulgurantes, les troubles oculaires, le signe de Romberg, ..., aucun des symptômes de l'ataxie spinale ne se rencontre chez les hémiplégiques.

Hémisclérose en plaques. — L'hémisclérose en plaques commence à être mieux connue. Tous les auteurs qui s'en sont occupés, et nous pouvons citer Bernheim, Ricoux, Bidon, etc..., reconnaissent que c'est une variété de mouvements post-hémiplégiques qui n'est pas bien définie. Cependant, à part les cas peu nets et ceux où d'autres mouvements, existant au repos ou survenant dans les actes, viennent compliquer le syndrome que nous sommes en train d'étudier, on peut rencontrer, chez certains hémiplégiques, des mouvements anormaux qui rappellent tout à fait ceux de la sclérose en plaques.

Rien au repos ; le plus souvent pas d'autres signes qui puissent faire songer à cette dernière maladie (nystagmus, marche

sautillante, etc...), cependant notre malade (Obs. XXVII) a la parole absolument comparable à celle d'un scléreux en plaques. Mais on s'approche du malade et on le prie de prendre un verre et de le porter à la bouche à plusieurs reprises faisant semblant de boire ; on voit alors apparaître dans la main et le bras des mouvements rythmiques, cadencés, à courtes oscillations ; la main va toujours vers le but, mais s'arrête de temps en temps, elle hésite et décrit des oscillations rythmées. A chaque nouvelle reprise, les mouvements deviennent plus amples et plus rapides à mesure que le but est plus proche. Il en est de même si, celui-ci étant un objet mobile, on l'éloigne à mesure que la main s'en approche et on augmente ainsi la durée de l'acte.

D'autres fois, le malade étant couché, si on lui fait simplement lever la jambe ou porter le pied vers un point déterminé, dès que celui-ci a perdu tout point d'appui, il devient le siège d'oscillations transversales mais qui sont encore rythmiques, et le pied, quoique hésitant, arrive au but.

Si pour être plus complet, nous voulions dire un mot de la sensibilité dans l'hémisclérose en plaques, nous serions forcé de répéter ce que nous avons déjà dit à propos des autres formes.

Nous donnons ci-après cinq observations d'hémiataxie et deux d'hémisclérose en plaques empruntées aux auteurs, mais dans les formes mixtes en figurent d'autres dont une nous est personnelle.

Observation XIV (résumée)¹.

Série d'attaques apoplectiformes ; hémiplegie droite et aphasie, phénomènes post-hémiplegiques dans la main droite (hémiataxie). — Foyers de ramollissement dans la région apto-striée gauche (partie antérieure de la capsule interne).

B. Séraphin a fait des excès. En 1869, il a eu des douleurs rhumatismales ; en 1873, fluxion cérébrale, embarras de la parole qui disparaît vite.

¹ J. Grasset ; Progrès médical, 19 novembre 1880.

En avril de la même année, attaque avec perte de la connaissance, hémiplegie droite et aphasie qui, tout en diminuant, dure quatre ans et demi.

En avril 1874, nouvelle attaque du même côté.

En avril 1875, autre attaque; on observe les mêmes phénomènes. Faiblesse du côté droit; le malade tremblait, paraît-il, du bras droit.

Le 15 août 1877, cinquième attaque. Le malade entre alors à l'Hôpital Général et on l'examine en avril 1879. On trouve des troubles de la parole. Sa main droite au repos ne présente aucun mouvement anormal.

« Mais, dès qu'il veut agir avec ses doigts, prendre par exemple un crayon pour écrire, ses doigts, au lieu de s'appliquer régulièrement sur le crayon, sont pris de contractions désordonnées qui l'empêchent d'écrire et lui font même souvent projeter le crayon au loin ». Toutes les fois qu'il s'agit d'exécuter un acte précis, on observe les mêmes phénomènes. Rien dans les autres parties du membre supérieur. Les doigts écartés sont agités de mouvements d'oscillation.

La jambe droite est plus faible que la gauche, mais il peut marcher.

Le malade sort de l'hôpital, commet de nouveaux excès (alcool), et y revient après deux mois. Mais il ne peut plus marcher; l'hémiplegie est très marquée; les mouvements ataxiques de la main droite sont plus intenses, mais gardent leurs caractères et ne s'exagèrent point par l'occlusion des yeux.

Il succombe à une pleuro-pneumonie généralisée.

Autopsie. — Crâne : veines injectées; dure-mère adhérente, épaissie. Athérome des artères de la base. L'arachnoïde et la pie-mère forment une couche épaisse, rouge.

Sur les coupes de Pitres, trois foyers de ramollissement dans la région opto-striée (partie antérieure de la capsule interne).

Observation XV (résumée)¹.

Hémiataxie bilatérale consécutive à une hémiplegie.

Femme âgée de 44 ans, qui eut une attaque d'apoplexie suivie d'aphasie presque complète, d'hémiplegie droite très prononcée, de la diminution notable de la sensibilité à droite. Cette hémiplegie guérit et la malade quitta l'hôpital.

Deux ans après, elle y revient et on constate alors un strabisme divergent, un abaissement de la commissure labiale gauche. De plus, les mouvements du bras droit sont plus difficiles que ceux du bras gauche ; et ils sont nettement ataxiques, une cuiller, portée à la bouche, n'y arrive jamais du premier coup ; quand on invite la malade à saisir rapidement un objet, la main passe à côté. Sensibilité normale.

Les mouvements des jambes sont évidemment ataxiques, ils sont saccadés, présentent de fortes oscillations. Si on essaie de faire marcher la malade, on voit la jambe se lever brusquement et rapidement, puis aussitôt frapper violemment le sol sans arriver à y prendre un point d'appui. Pas de douleurs ni troubles de la sensibilité dans les jambes.

Quelque temps après, trois semaines environ, la force est en partie revenue dans les membres supérieurs, mais leurs mouvements sont toujours ataxiques, surtout à gauche.

L'incoordination motrice semble moindre dans les jambes. Il survient une attaque d'apoplexie suivie de paralysie gauche et la malade succombe.

Autopsie. — Caillot, dans la sylvienne droite avant la division. Point coloré en jaune dans la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche. Dans le milieu du corps strié gauche, point jaune de ramollissement s'étendant jusqu'à la troisième circonvolution frontale gauche et l'insula de Reil.

Après durcissement de la protubérance dans l'acide chromique,

¹ Leyden ; Maladies de la moelle épinière (résumée d'après Ricoux).

on constate la présence de trois petits foyers de ramollissement au milieu de la substance propre de la protubérance, laissant intactes les fibres des pyramides.

Marche des symptômes.—En 1869, embolie de l'artère sylvienne gauche, ramollissement du corps strié gauche et de l'insula de Reil avec aphasie; plus tard, en mars 1871, plusieurs petites embolies de la protubérance, qui amènent l'ataxie; enfin, une nouvelle embolie de l'artère sylvienne droite, avec terminaison mortelle.

Observation XVI (résumée) ¹

Hémiplégie droite ancienne avec aphasie. — Hémianesthésie. — Hémiataxie et spasme intermittent du membre supérieur droit.

A. J.-Théodore, âgé de 55 ans, sculpteur, entre à l'hôpital en septembre 1881.

Bonne santé habituelle. Pas de syphilis, ni alcoolisme; pas d'antécédents héréditaires.

En avril 1879, attaque, perte de connaissance, hémiplégie droite; aphasie complète pendant six mois.

La parole revient, l'hémiplégie s'améliore plus tard.

Etat actuel. — La parole est lente, difficile; le malade passe certaines lettres.

Paralysie complète au membre supérieur droit, faiblesse au membre inférieur du même côté. Force musculaire diminuée.

En juillet 1882, on retrouve :

Paralysie du côté droit; raideur sans contracture vraie.

Flexion et extension possibles.

La main droite est tenue dans la poche; on constate une flexion des doigts dès que le malade la tire de sa poche. Si l'on lui fait saisir un objet (une canne) les doigts se fléchissent encore et il n'y arrive que lorsque la canne passe dans l'intervalle qui sépare le pouce des autres doigts. Il la saisit alors convulsivement et ne

¹ Ricoux; loc. cit., (obs. xxi).

parvient à la lâcher qu'avec effort et après un certain temps (contraction ou spasme intermittent).

La main est déformée. Lorsqu'on fait toucher au malade du bout du doigt un point de son visage, on remarque de petits mouvements très nets au poignet et à l'avant-bras qui lui font manquer le but deux ou trois fois de suite.

Aucun mouvement dans la jambe. La marche est difficile.

Pas d'épilepsie spinale.

Intelligence nette.

Sensibilité conservée sous toutes ses formes.

Observation XVII (résumée)¹.

Hémiplégie droite ancienne. — Hémianesthésie disparue. — Hémiataxie du membre supérieur droit.

About J., 73 ans, sans antécédents morbides: a eu en 1879 une attaque, avec perte de connaissance, qui laisse une hémiplégie droite. Celle-ci guérit, mais nouvelle attaque la renouvelle.

Plus tard les mouvements normaux reviennent; pas d'aphasie, pas de troubles sensoriels, diminution de la sensibilité.

Examiné en 1882, le malade présente:

Hémiplégie droite incomplète; marche difficile; extension du bras impossible. La sensibilité est complètement revenue. Force musculaire diminuée à droite.

Au repos, rien d'anormal, mais si le malade vient de porter le doigt au bout de son nez, le bras s'élève tout d'une pièce avec lenteur et difficulté, et quelques petites oscillations transversales du membre supérieur se montrent. Au moment de toucher le lobule du nez, le doigt se porte à droite et à gauche à peu de distance du lobule qu'il n'atteint qu'après deux ou trois tentatives vaines.

¹ Ricoux; loc. cit. (obs. xx).

Observation XVIII (résumée)¹.

Hémiplégie gauche. — Hémiataxie du même côté.

Il s'agit d'un homme de 58 ans, qui, avec toutes les apparences d'une bonne santé, ressent, en janvier 1897, des fourmillements dans les doigts, puis tombe sans perdre immédiatement connaissance. Mais un instant après, on constate l'absence de celle-ci et une hémiplégie gauche.

La parole s'embrouille. Dans le côté gauche aucun mouvement n'est possible.

Plus tard, quelques mouvements spontanés reviennent. En juillet 1898, par conséquent dix-huit mois après son ictus, des mouvements ataxiques apparaissent pour la première fois dans le membre supérieur gauche.

Aucun mouvement anormal au repos.

La jambe n'est le siège d'aucun mouvement et reste dans cet état jusqu'au mois d'octobre 1898.

Pas de troubles de la sensibilité.

Observation XIX (résumée)².

Hémiplégie bilatérale ancienne par foyers symétriques. — Hémitremblement post-hémiplégique à forme de sclérose en plaques.

Homme de 62 ans, alcoolique, ne présente aucune trace de syphilis ni de rhumatisme. A la suite d'une céphalalgie tenace, il a des attaques, une perte de connaissance, qui affaiblissent les deux membres supérieurs, paralysent les deux inférieurs. La main devient le siège d'un tremblement spécial.

On l'examine plus tard et on constate l'état suivant :

Au repos, aucun tremblement. La marche est lente, traînante. Pas de nystagmus. Pas de tremblement de la langue.

Sensibilité intacte.

¹ Barthout ; Thèse de Paris, 1898 (obs. iv).

² Ricoux, cité (obs. xxviii).

Mémoire, intelligence affaiblies. Parole lente et scandée.

L'acuité visuelle est affaiblie.

Lorsque le malade porte de la main gauche un objet à la bouche, la main s'arrête au moment d'atteindre le but et décrit plusieurs oscillations, puis seulement arrive au point déterminé. L'état va en s'aggravant. Le tremblement, limité au membre supérieur gauche d'abord, s'étend à la main droite.

Douleurs, bourdonnements dans l'oreille gauche ; perforation du tympan, pus dans l'oreille moyenne.

Enfin, cachexie, hémiplegie gauche flasque, mort.

Autopsie. — Hémisphère gauche, foyer hémorragique occupant la moitié postérieure du noyau lenticulaire et empiétant sur le segment postérieur de la capsule interne.

Hémisphère droit, foyer récent ayant complètement désorganisé les corps opto-striés et la capsule interne de ce côté ; ventricule latéral inondé.

Observation XX (résumée)¹.

Tremblement post-hémiplegique du côté gauche. — Forme sclérose en plaques.

Homme de 38 ans qui était entré, en 1875, dans le service de M. Mesnet pour des tremblements de longue date.

A la suite d'une maladie inflammatoire du poumon, il fut pris d'un affaiblissement du membre supérieur, puis du membre inférieur, qui dégénéra lentement en une hémiplegie gauche incomplète sans aucun trouble de la sensibilité. Quant aux troubles musculaires, ils sont très accentués ; si le malade, étant couché, on lui ordonne de lever la jambe gauche, ce mouvement se fait lentement, péniblement ; la jambe et le pied sont pris d'un tremblement continu qui ne s'arrête que quand le membre a trouvé un point d'appui. Même affaiblissement du bras gauche, toutefois un objet peut être maintenu avec une certaine force entre les doigts fléchis, mais, si le bras n'est pas appuyé sur le tronc ou sur un point fixe, il est agité de la même trémulation que la jambe et à un degré plus accentué.

¹ Beurmann ; Bul. de la Soc. anat. de Paris, 1876, pag. 1347 (résumée, Ricoux).

La date de début du tremblement n'est pas exactement notée, en tous cas elle est antérieure à 1874.

Autopsie. — Deux corps ovoïdes de la grosseur d'une amande sont placés symétriquement de chaque côté, à cheval sur le noyau lenticulaire et à la partie antérieure de la couronne rayonnante. Ces deux productions ont à peu près le même volume, elles ont toutes deux leur grand axe dirigé d'avant en arrière dans le sens de la longueur du noyau extra-ventriculaire dont elles occupent la partie interne, antérieure et supérieure. Autour d'elles, la substance blanche de la couronne rayonnante et la substance grise du noyau lenticulaire semblent saines.

La tumeur du côté gauche est d'un volume un peu plus considérable et occupe une situation un peu plus externe et postérieure.

VI. — *Mouvements associés et mouvements du côté sain chez les hémiplegiques.*

La liste des troubles moteurs chez les hémiplegiques n'est pas encore épuisée. Sans agiter la question de parenté, pour ne pas multiplier à l'infini les chapitres, nous croyons indispensable de nous arrêter ici sur deux autres variétés.

Camus, dans sa thèse, définit ainsi les mouvements associés (syncinésies) : « Des mouvements se produisant chez certains hémiplegiques, indépendamment de la volonté du sujet, dans les membres paralysés, à l'occasion des mouvements volontaires ou passifs des muscles non paralysés ».

Quelles sont d'abord les conditions dans lesquelles ils se produisent et, cliniquement, comment se présentent-ils à nous ?

Tout mouvement, volontaire ou réflexe, survenant dans un groupe musculaire, quel qu'il soit, du côté sain peut en être la cause. C'est ainsi, par exemple, que le fait de marcher, de soulever la jambe, d'étendre le bras, de fléchir les doigts, de

saisir un objet, de donner un coup de pied, d'écrire, d'éternuer, de tousser, de bailler, etc., etc., peut en être le point de départ. Mais il faut encore que ces divers mouvements soient exécutés avec une certaine force. Le côté malade ne répond pas toujours par la partie exactement correspondante à celle qui est mue. En effet, que de fois ne voit-on pas le genou se fléchir, la jambe se soulever, les orteils se crispier, etc., alors que le malade n'a fait que remuer son membre supérieur ; mais ceci ne peut avoir naturellement aucune importance, lorsque le mouvement causal est d'origine réflexe.

D'autres fois, le côté malade reproduit plus ou moins bien et avec une partie tout à fait identique les mouvements du côté sain. On peut voir ainsi aux mouvements intentionnels correspondre des mouvements assez bien coordonnés du côté malade. Mais, dans un grand nombre de cas, il ne faut pas l'oublier, le côté malade ne répond pas fidèlement, et aux mouvements coordonnés du côté sain il oppose de simples secousses dépourvues de tout but, il imite mal, il déforme, si on peut le dire, ce que fait l'autre côté. Souvent, en ce qui concerne l'amplitude, les différents groupes musculaires du côté paralysé ne font que se durcir à peine un peu sans pouvoir déplacer les segments qu'ils doivent mouvoir normalement. Dans certains cas, et ils seraient, d'après Camus, les plus nombreux, l'amplitude des mouvements associés égalerait celle des plus grands mouvements volontaires : « Il arrive même, dit cet auteur, que des mouvements associés peuvent se produire dans un membre, alors que tout mouvement volontaire y est impossible ». Son malade (Observation XXII) présentait déjà des mouvements associés très étendus à une époque où son bras gauche n'était susceptible d'aucun mouvement volontaire.

D'une façon générale, les mouvements associés paraissent plus amples aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. De plus, quel que soit le membre où il se produit, le

mouvement associé augmente d'amplitude « si le mouvement volontaire producteur de l'association a son siège dans le membre symétrique » (Camus). Il en est de même en ce qui concerne sa force.

N'intéressant qu'un groupe musculaire d'une manière générale, les mouvements associés peuvent dans certains cas franchir ses limites et, gagnant de proche en proche, s'étendre ainsi à toute la moitié du corps (face comprise).

A mesure que l'étude des phénomènes post-hémiplégiques faisait des progrès, on interrogea aussi le côté sain et on voulut savoir si le côté malade n'avait pas, à lui seul, le triste privilège d'être le siège de mouvements anormaux. On s'est ainsi rendu compte que ceux-ci pouvaient survenir aussi dans le côté sain sans qu'il ait jamais présenté le moindre degré d'hémiplégie motrice ; du reste, les observations sont là pour l'attester.

Si on se base sur celle de Faure, ce seraient des tremblements qui ne se produiraient dans un membre sain que pendant qu'il exécute un acte volontaire (obs. xxiv et xxv). Chez le malade de Teissier (hémiplégie gauche), on avait constaté « petits tremblements rythmés du membre inférieur droit » (obs. xxvi). Enfin, dans une autre observation, qui nous est personnelle, le malade tremble d'une façon non continue des deux membres du côté sain (obs. xxi). Il a eu deux attaques qui ont frappé toutes les deux le même côté. Chez lui, le tremblement est lent et à petites oscillations ; de plus, contrairement à ce qui se passe chez les malades des auteurs lyonnais, le nôtre ne tremble qu'en étant au repos, et, dès que nous lui ordonnons un mouvement quelconque, tout mouvement anormal cesse ; et cependant il ne présente aucun autre signe de la maladie de Parkinson. Il nous a paru assez typique et, d'accord en cela avec M. Vires, nous l'avons étiqueté « paralysie agitante post-hémiplégique du côté sain ».

Faure considère les mouvements anormaux du côté sain des

hémiplegiques comme faisant partie du cadre symptomatique de l'exagération des réflexes et de la trépidation épileptoïde, « en un mot, dit-il, de ce que l'on est convenu d'appeler épilepsie spinale ». Laissant de côté l'étude de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, nous nous garderons d'émettre à ce sujet des hypothèses pour si petites qu'elles puissent être. Mais, en nous appuyant sur le côté purement clinique, sur notre observation personnelle et sur celles des autres, nous nous croyons en mesure de pouvoir affirmer la possibilité de mouvements involontaires du côté sain chez les hémiplegiques sans que celui-ci ait été jamais troublé dans sa motilité normale. Nous ajoutons, de plus, en suivant toujours les observations, que l'incoordination motrice peut s'y produire aussi bien au repos que pendant les actes. Enfin, n'envisageant que leur forme, leur étendue, on voit que ce sont des mouvements de petite amplitude, « petits » d'après les auteurs lyonnais, le plus souvent rythmiques. En considérant les divers caractères de chacun en particulier, on pourrait, croyons-nous, les rattacher à l'une ou l'autre des variétés déjà étudiées des mouvements post-paralytiques.

Suivent six observations — les unes empruntées aux auteurs, les autres personnelles — ayant trait, trois aux mouvements associés et trois aux mouvements du côté sain.

Observation XXI (personnelle).

Hémiplegie droite. — Hémiparalysie agitante du côté sain (côté gauche). — Mouvements associés. — Hémianesthésie droite.

A... est un homme de 62 ans, célibataire. Depuis 1897 il occupe le n° 48 de la salle Saint-Charles, service de M. le professeur agrégé Vires, à l'Hôpital Général.

A part un léger degré d'alcoolisme, ses antécédents offrent peu de renseignements.

Avant son entrée à l'hôpital, attaque apoplectiforme qui laisse à sa suite une hémiparésie droite sans troubles de la sensibilité.

Le 10 janvier 1898, attaque sans prodrome ; hémiplegie complète à droite ; troubles dans l'articulation des mots ; pas d'anesthésie, plutôt exagération de la sensibilité du côté paralysé.

Contractures précoces.

Dyspnée extrême, stertor ; pas de fièvre.

Lavement purgatif ; sangsues à la nuque.

Le 12 janvier, saignée générale (250 grammes). La température ne monte pas. Les réflexes ne sont pas exagérés. La torpeur persiste. La fièvre manque toujours.

Le 22 janvier, la respiration est stertoreuse. Infection vésicale ; infiltration d'urine du périnée et des bourses. Cathétérisme impossible.

Plus tard, douleurs et sensation de froid dans le côté hémiplegié, surtout à l'épaule droite. La température est un peu plus élevée du côté malade. Le membre supérieur droit est contracturé d'une façon irréductible ; la main est en griffe. Le malade perd souvent ses urines et ses matières fécales.

Etat actuel.— Le membre supérieur droit est dans l'attitude de la flexion. Raideur au poignet et à l'épaule. Le coude, fléchi à angle droit, oppose une résistance insurmontable lorsqu'on essaie de l'étendre. Les doigts sont en griffe ; veut-on les défléchir, on se heurte à une grande difficulté. La main est voûtée, enflée, déformée. Plus épaisse que celle du côté opposé, elle paraît infiltrée d'œdème quoique celui-ci n'existe pas ; plus froide et plus foncée — presque marbrée, — que la main gauche, elle présente çà et là des taches violacées. Les tendons dorsaux et les veines superficielles sont rendus complètement invisibles. Les doigts présentent une épaisseur uniforme dans toute leur longueur, les sillons qui marquent leurs diverses articulations paraissent plus profonds. En un mot, c'est une main « succulente » pour user d'un terme inventé par Marinesco à propos d'un cas qui n'est point le nôtre.

Les douleurs et la sensation de froid persistent encore.

La sensibilité générale est très émoussée sous toutes ses formes.

Rien d'anormal au repos. Mais si l'on fait exécuter au malade n'importe quel mouvement de sa main gauche, fermer et ouvrir à plusieurs reprises par exemple cette dernière, on voit les mêmes mouvements s'ébaucher dans sa main malade.

Membre inférieur droit. — Parésie marquée; exagération des réflexes; trépidation épileptoïde. Sensibilité presque complètement effacée.

Face. — Pas de déviation des traits. Le malade a retrouvé toute la facilité de sa parole.

Il n'existe de l'atrophie sur aucune partie du côté hémiplégié.

Côté sain (côté gauche). — Certains moments, le malade étant assis, sa main gauche appuyée sur une canne tremble d'une façon rythmique; toute la main se meut d'une seule pièce; ses oscillations sont peu fréquentes (2 à 3 par seconde) et paraissent s'exécuter dans le sens vertical. Si l'on fait appliquer la main sur le genou, le tremblement se reproduit encore, en même temps qu'il se propage à l'avant-bras, mais ses oscillations diminuent d'amplitude.

D'autres fois, le malade étant dans les mêmes conditions, on n'observe rien de tout cela, les phénomènes dont il vient d'être question sont temporairement suspendus pour ne faire que recommencer dans un instant et revêtir un aspect un peu différent de celui qui vient d'être décrit. La volonté seule et les actes intentionnels produisent un effet inhibitoire sur les mouvements anormaux: ainsi, le malade n'a qu'à étendre son bras ou porter sa main à la bouche pour faire cesser toute espèce de tremblement.

Le membre inférieur, le pied en particulier, tremble à l'unisson du supérieur et s'arrête avec lui. Mais pendant le mouvement, le malade donne l'impression du couturier qui, de son pied, actionne une petite machine.

Observation XXII¹.

Hémiplégie gauche. — Pas de contracture secondaire. — Exagération du réflexe rotulien. — Pas de trépidation épileptoïde. — Mouvements associés.

Jean Trémouille, 56 ans, débitant de vins. Entré le 7 juin 1882, à l'hôpital Saint-André, salle xvi, dans le service de M. le professeur Pitres.

Antécédents héréditaires et personnels nuls. Quinze jours avant

¹ Camus; Thèse de Bordeaux, 1885 (obs. vi).

son entrée à l'hôpital, éblouissement, chute dans la rue, sans perte de connaissance, impossibilité de se relever et de marcher.

Etat actuel. — Le 11 juin 1882, pas de trouble oculo-pupillaire; les paupières sont également mobiles. Le pli naso-génien est moins marqué à gauche. La commissure labiale est abaissée de ce côté. La pointe de la langue est déviée à gauche. Le membre supérieur gauche est incapable d'aucun mouvement. On observe dans ce membre des contractions idio-musculaires. Des deux côtés, hyperexcitabilité musculaire, mais beaucoup plus forte dans tous les muscles de l'avant-bras, du bras et des pectoraux du côté gauche.

Au membre inférieur paralysé, on remarque des contractions involontaires, ne produisant d'ailleurs aucun mouvement. Réflexe au chatouillement, nul à gauche, très fort à droite; pas de trépidation épileptoïde. Comme aux membres supérieurs, l'hyperexcitabilité musculaire, très exagérée à gauche, existe des deux côtés.

Etat des forces au dynamomètre:

Membre supérieur gauche.....	0
— — droit.....	34
— inférieur gauche.....	0
— — droit.....	15

Pas de troubles de la sensibilité; pas de paralysie des sphincters. Rougeurs sans phlyctènes à la fesse gauche.

Le malade ne peut se tenir debout sur la jambe droite saine; la marche est absolument impossible, et le malade tombe vers le côté gauche dès qu'on ne le soutient pas.

Mouvements associés. — Mouvements associés très nets dans les membres inférieurs et supérieurs du côté gauche.

12 juin 1882. — En approchant, M. Pitres constate que le malade baille, et, dans l'effort de baillement, le membre supérieur gauche, inerte et paralysé, est soulevé de 20 centim. au moins au-dessus du lit. Aucun mouvement volontaire n'est possible dans ce membre.

Observation XXIII (résumée)¹.

Hémiplégie droite avec aphasie, probablement syphilitique. — Amélioration considérable. — Permanence de l'exagération des réflexes, mouvements associés, etc.

Il s'agit d'une malade de 31 ans, qui a eu des étourdissements et perte de connaissance, suivis d'hémiplégie droite et d'aphasie. L'hémiplégie est flasque.

Un an après l'attaque, les mouvements reviennent petit à petit dans ses membres, et la malade commence à parler quoique difficilement.

Atrophie des éminences thénar, hypothénar et du deltoïde. Exagération des réflexes; trépidation épileptoïde du côté droit.

Mouvements associés. — Ils ne se manifestent que dans la flexion : Lorsque la malade ferme la main gauche, les phalanges de l'autre se fléchissent petit à petit les unes sur les autres, puis tous les doigts se fléchissent sur la main. Au contraire, les deux mains étant fermées, la malade peut ouvrir séparément l'une ou l'autre.

Observation XXIV².

Hémiplégie droite. — Tremblement assez marqué de la main et du bras sains.

Charlotte P..., 43 ans, ménagère.

La malade ne peut entrer dans le service de M. le professeur Teissier, à cause du manque de lits. Elle vient de temps à autre se faire examiner par lui,

Père, mère vivants et bien portants. Pas de maladies sérieuses dans l'enfance : elle a toujours eu une bonne santé.

Mariée il y a quatorze ans, elle a eu un enfant vivant et bien portant, puis elle a quitté son mari, qui était syphilitique.

Elle n'a jamais eu aucune manifestation syphilitique et elle est très affirmative sur ce point.

¹ Brissaud ; Thèse de Paris, 1880 (obs. xvi).

² L. Faure ; Thèse de Lyon, 1892.

La malade a eu plusieurs attaques de rhumatisme et était facilement essoufflée.

Il y a six ans, la malade prend subitement une attaque.

Brusquement après son dîner, elle tombe et perd connaissance.

Quand elle revient à elle, elle s'aperçoit qu'elle est paralysée de tout le côté droit et que de plus elle était aphasique.

Elle entra alors à l'Hôtel-Dieu, où elle resta assez longtemps.

Son aphasie a duré près de six mois, et c'est seulement au bout d'un an qu'elle put se servir de sa jambe droite et marcher.

Actuellement, on constate une ancienne hémiplegie droite, la parole est revenue normale; rien de particulier à signaler à la face.

Force musculaire. — Avec le dynamomètre on a pour la main gauche 8 kilogr., et pour la main droite 1/2.

Les membres inférieurs sont relativement faibles, surtout la jambe droite. Cependant la malade marche assez bien.

Au bras droit on constate une contracture qui, au dire de la malade, date de longtemps; les doigts sont dans un état de flexion assez prononcé et la malade ne peut presque pas se servir de sa main droite.

Réflexes. — Exagération du réflexe rotulien du côté sain et du côté paralysé. Les réflexes radiaux, très exagérés du côté hémiplegié, le sont cependant un peu du côté sain. Pas de trépidation épileptoïde.

Léger tremblement de la main et du bras gauches (côté sain), cependant assez marqué.

Pas de mouvements associés.

La sensibilité au contact et à la douleur est diminuée du côté droit, elle paraît un peu affaiblie dans le bras gauche.

Si on examine la malade par l'électricité avec le chariot de Du-bois-Reymond, on constate une diminution de la sensibilité des deux côtés, surtout du côté paralysé.

Voici les écartements qu'il faut pour que la malade sente le courant :

	Côté sain	Côté paralytique
Main.....	7 3/4	6 3/4
Avant-bras.....	7 1/2	6 3/4
Bras.....	7 1/2	6 1/2
Jambe.....	8 1/4	7 1/4
Cuisse.....	8	7 1/4

Pression artérielle: radiale droite, 9 centim.; radiale gauche, 12 centim.

30 novembre. La malade ne présente pas de nouveaux phénomènes. Ceux que nous avons signalés persistent toujours.

4 décembre. La malade, qui est revenue nous voir, est toujours dans le même état.

Rien de nouveau à signaler dans le côté sain; les phénomènes décrits persistent avec la même intensité.

Observation XXV (résumée)¹.

Rétrécissement mitral. — Hémiplegie gauche. — Mouvements athétoïdes du côté malade. — Tremblement à la main et au bras sains.

Antoinette L..., 44 ans, entre à l'hôpital en 1892. Rougeole et attaques de rhumatisme dans ses antécédents.

A l'âge de 40 ans, premiers signes d'une affection cardiaque. Nouvelles attaques de rhumatisme. Un rétrécissement mitral est diagnostiqué en juin 1892. En août de la même année, au moment d'un repas, la malade a subitement sa bouche tordue, sa figure est grimaçante, les deux membres du côté gauche deviennent impotents. Elle rend ses aliments, mais ne perd pas connaissance.

Au milieu de septembre, mouvements athétoïdes aux deux membres du côté paralysé. Un peu plus tard, tremblement très marqué dans la main et le bras du côté droit (côté sain). Tremblement aussi du côté malade. Toujours des mouvements athétoïdes au bras gauche.

Exagération des réflexes des deux côtés.

¹ Faure; Loc. cit.

La sensibilité, normale du côté sain, paraît affaiblie, surtout au contact et à la douleur, du côté paralysé.

Pas de trépidation épileptoïde.

Observation XXVI¹.

Hémiplégie gauche. — Exaltation du réflexe rotulien droit. — Léger tremblement rythmé.

Nizier R., 44 ans, teinturier. Entré le 8 octobre 1871. Salle Saint-Léon, n° 3.

Le malade a eu la syphilis à l'âge de 27 ans ; quinze jours après l'apparition du chancre, il prend une première attaque, qu'il paraît en partie guérir. La lyse de la jambe gauche.

Il y avait un mois que cette monoplégie existait quand le malade prend une seconde attaque, et cette fois tout le côté gauche est pris. La déglutition est très gênée, les aliments pénètrent dans les fosses nasales. Fait singulier, le malade a une sueur abondante et continue dans tout le côté paralysé. Le malade rentre au Perron.

1883. — Les mouvements de l'avant-bras et de la main sont possibles, mais lents. Au dynamomètre, 10 kilos à gauche, 40 kilos à droite, pas de trépidation épileptoïde.

Contracture dans le membre inférieur gauche avec trépidation épileptoïde et tremblement très marqué.

Réflexe rotulien exagéré.

Dans la jambe droite, on constate une exaltation du réflexe rotulien et un léger tremblement rythmé.

1886. — La sensibilité est exagérée du côté hémiplégié. Les contractures ont cessé, mais le tremblement épileptoïde persiste. Sueurs exagérées du côté hémiplégié.

1888. — Etat stationnaire, les mêmes phénomènes persistent toujours.

¹ Teissier ; Lyon médical (d'après la thèse de Faure).

VII. — *Formes mixtes.*

Si les différents troubles moteurs restaient isolés, si les hémiplésiques qui en sont frappés ne présentaient qu'une seule des nombreuses variétés que nous venons d'étudier, le tableau clinique des mouvements post-hémiplésiques serait déjà achevé ; mais les choses sont loin d'être aussi simples. La coexistence, la coïncidence, si on préfère, de deux ou même de trois formes différentes de ces mouvements, dans des conditions qu'on ne peut exprimer par une formule générale, élargit leur cadre clinique en faisant naître un autre groupe, celui des formes mixtes.

Tantôt les diverses variétés d'incoordination motrice se sont succédé à des intervalles peu éloignés, de sorte que celle qui est survenue la première n'a rien perdu de son intensité, lorsque la seconde est venue la compliquer ; tantôt, au contraire, le malade ne présente qu'une seule forme de mouvements anormaux pendant des années, seulement elle s'atténue petit à petit et paraît être en train de s'effacer lorsqu'une autre, bien différente, vient s'y surajouter. D'autres fois enfin, alors que l'apparition de quelques mouvements spontanés fait espérer au malade la réintégration des forces dans ses membres paralysés, ceux-ci, par un triste privilège, sont frappés d'emblée de deux variétés différentes de mouvements anormaux. Rien d'absolu, rien de prévu en ce qui concerne la forme, le moment d'apparition, etc., des variétés qui doivent constituer un groupe mixte. C'est ainsi qu'un tremblement peut coïncider avec un mouvement arhythmique ou avec un autre tremblement, un mouvement arhythmique avec un autre ; c'est ainsi encore que les deux formes peuvent se produire au repos ou bien l'une, se produisant au repos, peut n'être compliquée de l'autre qu'à l'occasion des

actes volontaires. Dans certains cas, rares à la vérité, on se trouve en présence de trois variétés, dont deux se produisent le plus souvent au repos, tandis que la troisième se manifeste lorsque le membre entre en mouvement.

Donc, nous croyons d'ores et déjà pouvoir dire que tout mouvement anormal peut, indépendamment de toute autre considération, coïncider avec un autre quel qu'il soit.

D'une façon générale, chaque variété d'incoordination motrice conserve dans les formes mixtes ses caractères propres, et si on voulait rechercher un intérêt dans l'étude de ces formes, on ne le trouverait, nous semble-t-il, que dans cette seule coïncidence. Cependant il est des cas, et nous voulons insister sur ce point, où l'une des deux variétés a subi des modifications à cause de la présence de l'autre : elle est voilée, contrariée, déformée, si on peut le dire, par cette dernière. Ces cas s'observent surtout lorsqu'un tremblement du repos est compliqué par un mouvement irrégulier se produisant, soit au repos lui aussi, soit dans les actes ou *vice versa*, c'est-à-dire lorsqu'un mouvement arhythmique se complique d'un tremblement. Il en est de même lorsqu'on se trouve en présence de deux variétés dont l'une est survenue au moment où l'autre avait déjà presque disparu, comme dans ces cas d'hémichorée et d'hémiathétose, qui, n'étant plus perceptibles au repos, non seulement se produisent dans les mouvements intentionnels, mais coïncident en même temps avec l'une des variétés qui ne se produisent qu'à ce moment. Du reste, Ricoux soupçonnait bien ces anomalies lorsqu'il écrivait : « Il est même probable que, dans nombre d'observations où on s'est contenté d'expressions vagues, telles que mouvements *choréiformes*, *ataxiformes*, il s'agissait de ces formes mixtes dans lesquelles l'incoordination motrice principale était voilée, contrariée par un trouble moteur secondaire qui venait d'une façon permanente ou passagère s'enter sur elle ».

Dans les six observations de notre thèse qui suivent et qui doivent justifier ce que nous avançons dans ce chapitre, et dont une nous est personnelle, on trouve les combinaisons suivantes : 1° paralysie agitante et hémithétose (repos) ; 2° hémichorée au repos, sclérose en plaques dans les mouvements ; 3° hémithétose au repos, hémithétose et hémichorée dans les mouvements ; 4° hémithétose au repos, ataxie en mouvement ; 5° paralysie agitante au repos, ataxie en mouvement ; 6° enfin, chez notre malade, nous avons observé hémiparalysie agitante et hémithétose au repos, auxquelles venait s'ajouter une hémisclérose en plaques dans les actes (Obs. XXVII).

Observation XXVII (personnelle).

Hémiplégie gauche. — Hémitremblement à forme mixte limité au membre supérieur gauche : hémiparalysie agitante et hémithétose au repos, sclérose en plaques dans le mouvement.

Mélanie C..., 60 ans, cuisinière, entre à l'Hôpital Général le 24 mars 1897 et est couchée au n° 12 de la salle Sainte-Marie, service de M. le professeur agrégé Vires.

Aucun renseignement sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Vingt-deux mois avant son entrée à l'hôpital, ictus apoplectiforme, chute, perte absolue de la connaissance ; le tout précédé, paraît-il, d'une indigestion et de vomissements. Hémiplégie gauche sans participation de la face ; troubles marqués de la parole.

Durant dix-huit jours, elle fut obligée de garder le lit sans pouvoir exécuter le moindre mouvement du côté paralysé.

Pas de contractures précoces.

Une grande difficulté de la parole persiste jusqu'à aujourd'hui. Nous examinons la malade le 1^{er} avril 1899 et nous trouvons :

Etat actuel. — Beaucoup de peine à s'exprimer. Sa parole est lente, scandée et rappelle celle de la sclérose en plaques. De plus,

la voix est forcée, plaintive et comparable à celle d'une personne dont la voix est entrecoupée par des sanglots.

Membre supérieur gauche. — Force musculaire diminuée. Les mouvements spontanés sont très limités : la main arrive bien, quoique difficilement, à la bouche et au front, mais elle ne peut pas atteindre le sommet de la tête ni la nuque.

Aspect normal ; pas de contractures.

Au repos. — Les doigts sont en demi-flexion. La main et l'avant-bras sont agités de tremblements rythmiques, peu marqués et très lents (2 ou 3 par seconde). L'abduction et l'adduction paraissent prédominer. De temps en temps, surtout lorsque l'attention de la malade est attirée sur son membre, on constate l'absence de tout mouvement anormal. Mais si on fixe la main pendant quelques minutes, on remarque des mouvements anormaux dans les doigts qui sont mus pour leur propre compte et d'une façon irrégulière ; la flexion et l'extension sont les deux types principaux.

Pendant le mouvement. — Dès que la main perd son point d'appui, qu'on ordonne par exemple à la malade de la tenir étendue en l'air, elle devient le siège d'un tremblement rythmique, d'une amplitude assez marquée et à oscillations transversales.

Si l'on invite M. C... à saisir un objet qu'on lui présente, on voit les mouvements anormaux augmenter de fréquence et d'amplitude à mesure qu'elle approche le but ou que la durée de l'acte se prolonge. Elle y arrive par des secousses rythmées et d'une façon hésitante, comme le ferait un scléreux en plaques.

La sensibilité nous paraît conservée sous toutes ses formes.

Comme sensation subjective, la malade ne cesse de nous mentionner une douleur assez vive à l'épaule hémiplégée.

Pas de troubles trophiques.

Membre inférieur gauche. — Démarche difficile, la malade penche sur le côté gauche et ne marche qu'en prenant des points d'appui.

Aspect normal, pas d'œdème, point d'atrophie, aucune trace de contracture. Les réflexes ne sont pas exagérés ; pas de trépidation ni mouvements anormaux.

Rien d'anormal dans les deux membres du côté sain. Absence de mouvements associés.

Le 4 avril, nous la retrouvons dans le même état.

Le 7, vers minuit, la malade, couchée, se trouve indisposée. Elle se plaint et demande à boire à la veilleuse. Puis, tout à coup, elle devient pâle, perd connaissance, et sans présenter le moindre mouvement, la moindre contraction, elle reste dans cet état apoplectiforme pendant deux heures.

Lavement ordinaire, sinapismes aux pieds.

Elle garde son lavement et reprend connaissance d'une manière progressive. Le lavement est rendu deux heures après.

Pas de fièvre, au contraire, pâleur, sueurs froides; petitesse du pouls; embarras de la parole.

Le 11 avril, nous sommes auprès de la malade.

Moins gaie, elle garde toujours sa parole caractéristique. Mais nous trouvons une diminution dans les mouvements spontanés du membre supérieur gauche sur les journées précédentes; sa main n'atteint pas la bouche, ce qui se faisait bien il y a quelques jours.

Le 14 avril, trois attaques successives: à 11 heures du matin, 5 heures et 7 heures du soir. Pendant ces attaques notre malade devient subitement froide, glacée.

Son corps baigne dans des sueurs froides. Hypothermie.

A côté de ces phénomènes, on note une gêne respiratoire très prononcée. En effet, la respiration est bruyante, spasmodique. Sensation d'un poids immense sur la poitrine. Les crises sont de plus en plus violentes, on a beaucoup de peine pour réchauffer la malade.

On redoute des accidents du côté du bulbe.

Lavement, sinapisme, sangsues aux apophyses mastoïdes.

Le 15 avril, respiration très rapide (36 à 40). Pouls très fréquent (140 par minute). Différence de la température entre les deux côtés (hypothermie du côté paralysé). La malade est pâle et paraît très inquiète.

Tout mouvement anormal a disparu au repos; quelques secousses seulement pendant les actes, et n'intéressant que la main.

Le 18 avril, la malade est abattue, inquiète; son regard est voilé; pâleur inusitée de la face. Elle gémit d'une façon continue. Le thermomètre marque 37° hier soir, 38°,6 ce matin.

Aussi bien pendant les actes qu'au repos, tout mouvement anormal a disparu.

Le pronostic nous paraît de plus en plus sombre.

On ne cesse pas de s'occuper de la malade et, à notre grand étonnement, nous avons le plaisir de la retrouver, quatre ou cinq jours après, notablement améliorée et présentant à un plus haut degré encore les différents mouvements anormaux qui font tout l'intérêt de notre observation.

C'est là que nous avons quitté définitivement notre malade.

Observation XXVIII¹

Ataxie dans le mouvement. — Hémiparalysie agitante au repos.

Un homme de 76 ans, alcoolique, est brusquement frappé d'hémiplégie gauche ; quatre mois plus tard, il entre dans le service de M. le professeur Galvagni.

A ce moment, il offre dans tout le côté gauche un tremblement oscillatoire, caractérisé par des alternatives de flexion et d'extension se répétant 150 fois par minute et revêtant, à l'occasion des mouvements volontaires, le type ataxique. La sensibilité est intacte dans tout le côté droit. La force musculaire n'a pas été évaluée. Absence de troubles sensoriels. L'intelligence est intacte, la parole un peu hésitante.

Deux mois après, il s'éteint dans un état comateux sans modification des phénomènes précédents.

Autopsie. — Foyer de ramollissement bien circonscrit au centre de la couche optique gauche sans dégénérescence secondaire ; et à la face supérieure du lobe droit du cervelet, une plaque jaune avec perte de substance assez étendue.

N. B. — Donnée comme hémichorée par son auteur, elle est envisagée comme une forme mixte par Ricoux. C'est aussi notre opinion.

¹ Galvagnie ; Riv. clin. di Bologna, 1880, in Rev. des Sc. méd., 1882 (Citée avec modification du diagnost. par Ricoux).

Observation XXIX¹.

Z. L., âgé de 76 ans, menuisier, de Wurzbourg, entré à l'hôpital le 8 juin, mort le 27 juin 1889.

Diagnostic: Résidus d'une hémorragie cérébrale du corps strié gauche (aussi de la couche optique). Paralysie agitante post-hémiplégique avec mouvements athétoïdes.

Antécédents.— Les parents du malade sont morts d'une maladie inconnue. Deux sœurs vivent et se portent bien. Antécédents personnels difficiles. Le malade dit avoir eu une attaque vers Pâques et présente depuis le mois de mai du tremblement sur tout le corps.

Etat actuel.— Le membre inférieur droit présente un moyen degré de contracture en flexion ; il est légèrement fléchi au genou, mais peut être à peine soulevé. La motilité des membres supérieurs est bonne, mais le membre droit, même appuyé, est animé de tremblements presque continus, et la main et les différents doigts présentent des mouvements qui rappellent ceux de l'athétose. L'avant-bras gauche se met aussi à trembler pendant le mouvement, cependant il est la plupart du temps au repos.

Les membres inférieurs sont au repos, et la force musculaire des deux membres supérieurs, surtout à droite, diminuée. Après les mouvements provoqués aux membres inférieurs, ceux-ci se mettent aussi à trembler légèrement. La station debout et la marche sont impossibles.

Le soir du 21 juin, apparaissent subitement des diarrhées profuses, avec élévation considérable de la température, qui sont traitées avec succès par le Colombo. De petits bruits au cœur. La sensibilité est intacte. Les réflexes patellaires des deux côtés sont conservés, plus faibles à droite, du côté de la contracture, qu'à gauche.

Les pupilles, égales entre elles, réagissent bien. L'examen ophtalmoscopique démontre de deux côtés une cataracte commençante; le point d'entrée des nerfs optiques est normal.

¹ Empruntée, sans l'autopsie, à la thèse de Wiszwianski.

Les arcs du voile du palais sont à la même hauteur de deux côtés; pas de déviation de la luvette. La langue peut être projetée hors de la bouche sans aucune déviation. La parole, un peu embrouillée, est lente. Le malade cherche souvent les mots, mais ne les confond pas.

Le 25 juin, le malade est pris d'un catarrhe étendu aux deux lobes inférieurs des poumons, auquel il succombe le 27 juin, à 10 h. 3/4 du matin.

Observation XXX (résumée)¹.

Forme mixte, hémichorée dans le repos, sclérose en plaques dans le mouvement.

Femme de 50 ans, du service de M. Charcot à la Salpêtrière. En 1864, hémiplegie droite sans ictus apoplectique, on constata en même temps une hémianesthésie très prononcée. Dès le début de sa maladie, mouvements involontaires dans les membres paralysés.

En 1873, la sensibilité spéciale est affaiblie, la sensibilité générale très obtuse sous toutes ses formes.

En 1875, on constate que le bras et la jambe du côté droit sont, au repos, animés de petits mouvements involontaires semblables à ceux qui, dans les mêmes circonstances, se voient dans la chorée ordinaire.

La main est constamment en mouvement; elle est agitée de secousses brusques; les doigts s'étendent, se fléchissent, se portent en dedans, en dehors, souvent avec une très grande rapidité. De même pour le pied.

Pendant le mouvement, tous ces désordres moteurs s'accusent bien davantage, il y a alors une agitation choréiforme comparable à celle de la sclérose en plaques. Ainsi quand la malade tient un verre à la main et qu'elle veut le porter à la bouche, immédiatement le bras est pris de mouvements tellement désordonnés que le contenu du verre est projeté au loin, et elle ne peut arriver à le maintenir contre sa bouche. Mêmes mouvements dans la jambe.

Hémianesthésie générale et complète à droite. Parésie à droite. Hémianesthésie sensorielle incomplète du même côté.

¹ Raymond; Thèse de Paris (citée par Ricoux).

Observation XXXI¹.

Forme mixte. — Héliathétose au repos. — Héliathétose et hémichorée simultanées dans le mouvement.

M. B..., 49 ans. Perte de connaissance, hémiplegie motrice et sensitive à son réveil.

Trois mois après, apparition des contractions dans le bras.

Quand la main est au repos, appuyée sur les genoux, mouvements de flexion et d'extension dans les doigts, lents, peu étendus et indépendants de la volonté. Si on dit d'étendre les doigts, l'extension est lente et irrégulière ; d'abord un ou deux doigts s'étendent entièrement, tandis qu'un ou deux autres s'étendent sur leurs articulations phalangiennes, mais restent fléchis sur l'articulation métacarpophalangienne ; parfois tous les doigts à la fois et le poignet parviennent à l'extension complète.

Quand la main n'est plus appuyée sur les genoux, mais suspendue en l'air, le bras tout entier est agité d'oscillations rapides, dont l'amplitude varie de 3 à 6 pouces.

Quand on fait prendre un stéthoscope, placé sur une table, la main est brusquement projetée en avant et finit, après avoir manqué plusieurs fois le but, par faire un saut sur l'objet et le saisir.

La jambe est forte, la malade peut marcher longtemps. Le gros orteil semble être en extension forcée.

Les doigts de la main gauche sont alternativement fléchis et étendus par un mouvement lent et irrésistible.

Les doigts s'écartent et se rapprochent successivement ; le bras est alternativement fléchi et étendu, et les mouvements anormaux gagnent l'épaule, le cou et même la face. Celle-ci présente de temps en temps une contracture qui dévie un peu la bouche à gauche et accentue les plis de cette moitié du visage, qui paraît être légèrement atrophiée.

On constate aussi fréquemment une contracture intermittente des membres malades que l'on fait cesser facilement.

¹ Obs. de Cowers, citée par Oulmont (Thèse de Paris 1878).

Quand la jambe et le bras sont fixés, les mouvements des doigts et des orteils cessent. Ils sont d'ailleurs complètement suspendus pendant le sommeil.

La marche est très difficile, mais non impossible. Pendant ce temps, claudication très prononcée ; le corps est fortement fléchi ; mais la jambe ne fait pas de mouvements latéraux.

Sensibilité intacte. Urines un peu albumineuses.

Testicule tuberculeux.

Observation XXXII (résumée)¹.

Forme mixte. — Hémiplegie gauche incomplète. — Hémianesthésie. — Athétose pendant le repos. — Ataxie pendant le mouvement.

Mme veuve Paquette entre le 12 mai 1879 à l'hôpital St-Julien, Service de M. E. Demange.

Femme de 58 ans. Santé en général très bonne. Pas de spécificité ni alcoolisme.

Début brusque : étourdissement passager sans perte de connaissance ni paralysie. Dans quelques jours, fourmillements dans les doigts du membre supérieur gauche ; paralysie de la jambe du même côté ; douleurs disséminées. Au bout de quatre mois, paralysie (hémiplegie) gauche complète, flasque ; diminution de la sensibilité, fourmillements et enfin raideur.

Trois ans après, on constate l'état suivant :

Hémiplegie incomplète de tout le côté gauche, raideur, contracture et mouvements choréiformes. Face déviée ; raideur dans la mâchoire.

Force musculaire, main droite, 23 kilos ; main gauche, 0 kilo.

La marche est difficile, la malade fauche.

Sensibilités générale et spéciale diminuées ; douleurs avec exaspération dans tout le côté gauche.

Réflexes abolis.

Mouvements anormaux. — Ils débutent à peu près un an et demi après le premier accident et progressent lentement.

Au repos, ce sont des mouvements de flexion et d'extension, d'abduction et d'adduction des doigts. Dans le poignet, le coude et l'épaule, aucun mouvement au repos.

¹ Ricoux ; ouvrage cité.

Si l'on fait exécuter à la malade un acte voulu, ces mêmes mouvements, tout en persistant, augmentent de fréquence et d'étendue; ils gagnent tout le membre supérieur, deviennent irréguliers par le fait de déviations latérales qui s'y surajoutent et augmentent d'amplitude à mesure que le mouvement se termine, ce qui leur donne une physionomie ataxiforme. Le but est atteint après une certaine hésitation.

La jambe gauche est immobile au repos. Les orteils sont agités de temps en temps de tout petits mouvements.

Mais, lorsque la malade veut toucher du bout de son pied un objet quelconque, la jambe est anémiée, sitôt le plan du lit quitté, de mouvements oscillatoires et très irréguliers, analogues à ceux du bras. Le but indiqué n'est atteint qu'après avoir été manqué plusieurs fois.

Le côté droit est tout à fait normal.

G. — CLASSIFICATION.

On voit en définitive que les mouvements post-hémiplégiques sont aussi nombreux que variés, et il semble au premier abord qu'il est bien difficile sinon impossible d'y apporter un peu d'ordre, de les cataloguer sous différents chefs, en un mot d'en faire une classification rationnelle.

Plusieurs tentatives ont été faites par des auteurs compétents, et nous pouvons citer notamment celles de notre éminent maître, M. le professeur Grasset, de Nothnagel, Ricoux, Fournier, etc.

Certaines de ces tentatives de classification ayant été faites à des époques où certaines formes de mouvements post-hémiplégiques n'avaient pas encore été étudiées, les mouvements associés n'étant mentionnés par aucun de ces auteurs; la classification de Ricoux nous paraissant, de plus, trop compliquée, trop artificielle et par conséquent trop peu pratique pour les besoins de la clinique courante, nous avons essayé à notre tour, en nous basant sur notre étude clinique, de proposer une classification nouvelle.

Nous y sommes, croyons-nous, parvenu en distinguant dans le chaos de ces mouvements :

1° Des mouvements simples, typiques, se produisant soit au repos et dans les actes à la fois, soit à l'occasion des mouvements intentionnels seulement, car nous ne voyons pas des mouvements se produisant exclusivement au repos. Ces mouvements simples se subdivisent eux-mêmes en rythmiques (tremblements) et arythmiques (mouvements irréguliers).

2° Des mouvements variés et complexes, qui ne sont en définitive, et comme le démontre leur analyse, que la combinaison capricieuse et multiple, ou mieux la production simultanée ou successive des différents mouvements simples rythmiques ou arythmiques. Nous les désignons sous le nom de formes mixtes, complexes ou atypiques et nous les plaçons en bloc sous la même rubrique, car ils échappent, ceux-là, à toute classification secondaire.

3° Un certain genre de mouvements qui se produisent du côté hémiplégié à l'occasion des mouvements réflexes ou non, dont le reste du corps est le siège, nous voulons parler des mouvements de syncinésies qui forment une espèce particulière, indépendante.

Nous croyons donc pouvoir dresser le tableau suivant :

I MOUVEMENTS SIMPLES (TYPQUES)		II FORMES MIXTES (Complexes, Atypiques)	III Mouvements associés (Syncinésies)
	Mouvements rythmiques (tremblements)	Mouvements arythmiques (irréguliers).	Se produisant du côté hémiplégié à l'occasion des mouvements volontaires ou réflexes des muscles non paralysés.
Se produisant au repos et dans les actes volontaires.	Hémiparalysie agitante.	Hémichorée, Hémiathétose.	
Se produisant seulement à l'occasion des actes volontaires.	Hémisclérose en plaques.	Hémiataxie.	
		Résultant de la coïncidence des formes simples.	

CHAPITRE III

Diagnostic.

Pouvoir reconnaître les différentes formes de mouvements post-hémiplégiques, éviter de les confondre les unes avec les autres et surtout savoir les différencier des syndromes qui pourraient souvent les simuler, sont autant de questions d'une grande importance.

Mais en cette matière la difficulté paraît égaler l'importance du sujet. Il est des cas, nous l'avouons, où les antécédents, le récit du malade, l'ensemble des phénomènes, le caractère net et typique des symptômes, tout en un mot permet au clinicien d'arriver droit à la vérité. D'autres fois au contraire, le diagnostic est loin de s'imposer. Soit que les antécédents du malade se laissent difficilement pénétrer ou que celui-ci, faute d'intelligence ou de parole, ne puisse fournir aucun renseignement utile; soit que les signes objectifs se traduisent d'une façon insuffisante ou trop compliquée, comme cela arrive dans les termes mixtes où la coexistence seule de plusieurs variétés suffit pour arrêter l'œil et dérouter le clinicien; soit enfin que le malade ait été trembleur avant d'être hémiplégique, le diagnostic devient un problème dont la solution ne saurait être trouvée qu'après une analyse clinique patiente et bien raisonnée, permettant d'éliminer petit à petit tout ce qui pourrait prêter à confusion.

I. — *Diagnostic différentiel des diverses formes de mouvements post-hémiplégiques entre elles.*

Certains auteurs, décorant du nom de « tremblement » tout mouvement post-paralytique (Ricoux), les divisent en convulsifs

et non-convulsifs, le mot de convulsif identifiant dans leur esprit celui de mouvement irrégulier et le mot de non-convulsif celui de mouvement rythmique.

Nous avons préféré la division en mouvements arythmiques (hémichorée, héliathétose, héliataxie) et mouvements rythmiques (hémiparalysie agitante, hémisclérose en plaques).

En prenant en considération aussi le moment d'apparition d'un mouvement, son siège et son amplitude, on s'entoure ainsi d'éléments précieux de diagnostic.

Et d'abord, l'*hémichorée* se rapproche de l'*héliathétose* en ce que toutes deux se produisent au repos, toutes deux peuvent persister et même s'exagérer dans les mouvements, toutes deux enfin sont arythmiques. Mais l'analogie s'arrête là. Et tandis que la première a un siège étendu, frappe toute la longueur des membres, se propageant souvent à l'épaule, au cou, à la face et se caractérise par des mouvements brusques, étendus, désordonnés et illogiques ; la seconde est plus limitée, elle se cantonne aux doigts et aux orteils, dépasse rarement les limites des segments terminaux des membres et présente des mouvements lents, reptatoires, moins irréguliers et pouvant simuler certains actes de la vie.

Lorsqu'on a affaire à une forme atténuée d'hémichorée, la brusquerie des secousses rendra service au praticien. S'agit-il de simples reliquats laissés par une hémichorée (mouvements athétosiformes, pseudo-tic de la face, etc.) on s'appuyera sur l'évolution du syndrome.

Dès qu'un mouvement anormal caractérisé par des oscillations étendues, irrégulières, inégales et « une incertitude dans l'acte de préhension » (Ricoux) n'apparaît que pendant un acte volontaire, on doit écarter les deux premières variétés et songer à l'héliataxie.

Il est superflu de nous occuper ici, — vu leur extrême rareté — de ces cas d'hémichorée qui, déjà effacée au repos, n'est

réveillée que dans les mouvements. Du reste, le passé sera, le cas échéant, interrogé avec succès.

L'hémi-paralysie agitante et l'hémisclérose en plaques se distinguent très facilement de tous les autres mouvements par le fait d'être rythmiques, c'est-à-dire à oscillations assez lentes, régulières, uniformes et bien cadencées ; on les différenciera l'une de l'autre en se rappelant que l'hémi-paralysie agitante est un tremblement du repos, presque continu, tandis que la sclérose en plaques ne s'observe que lorsque le membre entre en mouvement. De plus, et c'est un détail digne de remarque, dans ce dernier cas les oscillations prennent de l'importance à mesure que le but s'éloigne ou que la durée de l'acte se prolonge ; au contraire, dans l'hémi-paralysie agitante, quand même elle ne serait provoquée que par les actes intentionnels, les oscillations ne subissent aucune modification (cas rares), elles sont réduites dans des mesures considérables ou bien complètement abolies par la volonté (cas plus fréquents).

Est-on en face d'un de ces malades réalisant plus d'une variété de mouvements anormaux, les mêmes artifices, les mêmes moyens, seront déployés pour arriver à diagnostiquer chacune d'elles. On tiendra naturellement compte des modifications qu'imprime la coïncidence de plusieurs troubles moteurs aux formes types, sans quoi la difficulté pourrait souvent être infranchissable.

Que dire des phénomènes moteurs du côté sain ? L'important, d'après nous, c'est de savoir si le malade n'était pas un trembleur avant d'être un hémiplegique ; car l'hémiplegie, survenant dans des conditions pareilles, peut très bien suspendre toute espèce de mouvement d'un côté du corps et respecter aussi bien les mouvements anormaux que normaux du côté opposé. Une fois ce point résolu, le diagnostic n'offre rien de particulier.

II. *Diagnostic différentiel des mouvements post-hémiplégiques avec ceux des syndromes qui peuvent les simuler.*

L'épilepsie Jaksonienne, pour si limitée qu'elle puisse être dans certains cas, ne saurait donner lieu à confusion avec aucune des variétés précédentes, vu l'aura qui la précède souvent, la spontanéité et l'intermittence de ses attaques, l'alternance des convulsions toniques et cloniques avec un aspect presque immuable pour le même malade et l'état de lassitude qui la suit.

Faudrait-il attacher, comme le veut M. Raymond, une grande importance au diagnostic différentiel de l'hémichorée avec la *trépidation épileptoïde*, « le tremblement épileptoïde des vieux hémiplégiques » d'après lui ? Non. Nous n'y voyons pas la possibilité de la moindre méprise.

Qu'est-ce, en effet, que la trépidation ? — Ce sont des secousses petites, courtes, rythmées et très fréquentes, survenant dans un membre à la suite d'un choc, une excitation cutanée, une percussion des tendons, une flexion brusque du pied ou de la main, etc..., qui ne durent que fort peu et qui peuvent être arrêtées au moyen de certains artifices. N'est-ce pas un phénomène clinique qui est loin de ressembler soit à l'hémichorée, soit aux tremblements post-paralytiques vrais ?

Différencions maintenant les unes après les autres chacune des variétés post-hémiplégiques des syndromes qui tour à tour peuvent s'en rapprocher.

Peut-on séparer facilement l'hémichorée de la *Chorée de Sydenham* ? On ne peut d'un mot répondre à cette question. Rien de plus facile quand on connaît les conditions dans lesquelles l'hémichorée est survenue, quand celle-ci est peu marquée et n'intéresse qu'un côté. Mais nous savons qu'elle peut être double et que la chorée vulgaire, au moins en apparence, est sou-

vent unilatérale, que l'hémianesthésie peut accompagner celle-ci et faire défaut dans celle-là.

Si on ajoute, de plus, que dans les deux cas l'évolution peut parfois être lente, l'on verra combien la difficulté augmente.

Cependant, le jeune âge du malade, le changement de caractère, les troubles de l'intelligence (manque d'attention, diminution de la mémoire, peu de fixité dans les idées), les troubles cardiaques (palpitations, arythmie, fréquence du pouls), les contractions généralisées à tout le corps, les grimaces les plus étranges, les troubles de la parole et souvent de certaines fonctions organiques — tout un groupe de symptômes qui n'appartiennent qu'à la chorée vulgaire — permettront au clinicien de porter le diagnostic de « chorée névrose », « surtout si ces phénomènes concordent avec l'absence des principaux symptômes présents ou antérieurs d'une hémiplégie motrice unique ou multiple » (Ricoux). Les mêmes moyens serviront pour distinguer l'*hémichorée primitive* de l'*hémichorée post-paralytique*, d'autant plus que, d'après Jules Simon, la première n'est qu'*apparente*, c'est-à-dire qu'elle n'est jamais bien limitée à un seul côté du corps.

La *chorée rythmique hystérique*, la *grande chorée*, ne saurait embarrasser le diagnostic : inutile d'y insister. Mais il n'en est pas de même de la *chorée arythmique* de la même névrose. L'hystérie, en effet, peut simuler de la façon la plus parfaite, selon son habitude de grande simulatrice, l'hémichorée symptomatique : même siège, même forme. Dans certains cas, l'analogie est poussée à l'extrême et on trouve de l'hémianesthésie et même de l'hémiplégie motrice. Une observation de Déjerine est très instructive à ce point de vue. Il est évident qu'en pareille occurrence, l'erreur est non seulement possible, mais souvent inévitable, et pour établir la réalité des choses on doit, à notre avis, user de patience, approfondir l'étude des autres symptômes de l'hystérie, courir à la recherche de zones hystérogènes

et surtout guetter et, si c'est possible, constater la mobilité, l'instabilité des phénomènes.

La *chorée chronique* sera reconnue en ce que ses mouvements sont moins étendus, moins brusques et qu'elle se rencontre chez des personnes adultes, plus ou moins dégénérées, dont les antécédents ne laissent entrevoir aucun signe permettant de penser à une hémiplégie ancienne ou récente.

La *chorée électrique de Dubini* a pour elle la brusquerie du début, la fièvre, de fortes attaques convulsives pouvant entraîner des paralysies et surtout sa courte durée, car la mort en est une terminaison fréquente.

Le *tic de Salaam* (*spasmus nutans*) ne saurait nous arrêter, étant donné qu'il ne se montre que dans les premiers mois de la vie.

Toute une série de *symptômes* et non pas « d'affections », comme le veut Raymond, qui, d'après le même auteur, doivent être rattachés au groupe des *myoclonies* et seraient issus d'un même terrain, celui de la dégénérescence, doivent être différenciés de l'hémichorée. Tels sont : le *paramyoclonus multiplex de Friedreich*, la *chorée électrique d'Henoch-Bergeron*, la *chorée fibrillaire de Morvan*, le *tic non douloureux de la face de Troussseau*, la *maladie des tics* (Gilles de la Tourette et Guinon). L'absence d'hémiplégie et un certain état d'affaiblissement intellectuel établissent une grande ligne de démarcation entre le groupe des *myoclonies* et l'hémichorée.

Le *paramyoclonus* sera différencié par ce fait que les mouvements occupent toujours les membres des deux moitiés du corps, sans pouvoir les déplacer et sont réfrénés par les mouvements volontaires.

La *chorée électrique d'Henoch-Bergeron* est trop typique pour être une cause d'erreur : spasmes des muscles de la face, du cou et des épaules, analogues comme rythme et comme brusquerie aux contractures provoquées par une excitation faradique, curabilité radicale, d'après Guertin, par une seule dose vomitive de tartre stibié.

Il suffit de se rappeler, pour éviter toute méprise, que la *chorée fibrillaire de Morvan* ne survient qu'à la suite d'excitations périphériques, respecte toujours la face et disparaît dans les mouvements volontaires.

Le *tic de Trousseau* a pour caractéristique des mouvements instantanés, rapides et expressifs, siégeant habituellement à la face.

La *maladie des tics* (Gilles de la Tourette et Guinon) présente dans sa forme grave des phénomènes psychiques tels que : *écholalie, échokinésie, coprolalie*, des idées fixes, etc. ..., qu'on n'observe pas dans l'hémichorée. Les antécédents permettront de reconnaître sa forme bénigne.

Eviter de confondre l'*hémiathétose* avec l'*athétose primitive* est une chose extrêmement délicate. Le tableau clinique dans les deux cas peut être absolument le même, surtout lorsque celle-ci affecte un côté du corps plus particulièrement que l'autre : siège, sens, forme, amplitude, fréquence des mouvements, tout se vaut.

L'analogie va en grandissant lorsqu'on songe que, à l'exemple de la chorée, l'athétose primitive peut être accompagnée d'anesthésie et que cette dernière n'est pas inséparable de l'hémiathétose. Comment donc admettre ou rejeter l'hypothèse d'une athétose primitive ?

On attachera la plus grande importance au début, à l'évolution du syndrome. On voudra bien se rappeler que l'athétose primitive, même lorsqu'elle paraît limitée à un seul côté, est plus générale et intéresse souvent la face, que les mouvements sont d'habitude plus faibles et non continus, qu'elle est congénitale. Veut-on avoir une plus grande certitude, les symptômes concomitants sont d'un secours inestimable : qu'on interroge le côté intellectuel, qu'on recherche l'imbécillité, l'idiotie et d'autres stigmates de dégénérescence. C'est capital pour nous, car, nuls dans l'hémiathétose post-paralytique, ces symptômes sont très fréquents dans l'athétose primitive.

En étudiant l'*hémiaataxie*, nous avons pu noter que les symptômes cardinaux de l'ataxie locomotrice ne s'y rencontraient généralement pas : douleurs fulgurantes, crises viscérales, abolition du réflexe rotulien, troubles oculo-pupillaires, troubles de la sensibilité, démarche spéciale, signe d'*Argyl-Robertson*, signe de *Romberg*, rien de tout cela. Eh bien, en admettant de plus que l'histoire du malade vous soit connue, que les anamnétiques nous aient permis de relever chez lui les signes d'une hémiplegie antérieure et en ajoutant enfin que l'ataxie vraie n'est jamais unilatérale, nous ne risquons pas de confondre les deux états.

Mais il serait plus malaisé de différencier une *hémiaataxie double* d'une ataxie locomotrice. Écoutons un instant Barthout : « Leur attitude, leur démarche sont les mêmes. Les uns et les autres jettent leurs jambes en avant, à droite ou à gauche, les entremêlent les unes dans les autres et laissent retomber lourdement le talon sur le sol ». La difficulté sera applanie encore ici, si on peut apprendre que le malade a eu plusieurs attaques paralysant tour à tour les deux moitiés du corps et si cette importante notion coïncide avec l'absence des symptômes dont nous venons de parler.

Pour séparer l'une de l'autre l'*hémiparalysie agitante* post-hémiplegique de la *maladie de Parkinson*, on suivra la même conduite que dans le cas précédent. Un tremblement lent, à prédominance unilatérale, s'accompagnant d'exagération des réflexes tendineux (Charcot) et pouvant être exagéré par les mouvements volontaires, empêchera de penser à la maladie de Parkinson. Mais pour pouvoir formuler un diagnostic précis, on ne doit pas négliger la recherche des symptômes principaux de cette dernière névrose et s'assurer de leur absence. Lorsqu'on les rencontre d'une façon incomplète, on est encore en droit de repousser l'hypothèse de paralysie névrose. Mais si on se trouve en présence d'un de ces trembleurs dont parlent Grasset, Nothnagel, Leyden

et qui réalisent le complexe symptomatique du vrai Parkinsonien, la chose devient autrement difficile, et en pareil cas, il n'y a qu'une issue : *les commémoratifs*.

Le tremblement sénile ne saurait être pris pour une hémiparalysie agitante, vu qu'il prédomine à la tête et au cou, et s'accompagne toujours d'autres signes de sénilité.

Le tremblement de la *maladie de Basedow* sera diagnostiqué en s'appuyant sur la rapidité des oscillations et sur les autres signes de cette névrose.

Pour clore ce chapitre, nous dirons que les antécédents du malade, sa parole scandée, sa démarche sautillante, les mouvements particuliers de la tête, le vertige si fréquent, le nystagmus, le rire sardonique de Marie et d'autres troubles appartenant au cadre symptomatique de la *sclérose en plaques* coïncidant avec un tremblement bilatéral provoqué par les mouvements voulus et exalté par leur durée, permettront au clinicien de différencier cette dernière affection de l'*hémisclérose en plaques*.

Les troubles moteurs, sensitifs et psychiques coexistant avec un tremblement prédominant à la langue et aux lèvres, nous mettront sur la voie de la *paralysie générale progressive*.

Le tremblement héréditaire (Debove et Renault)¹ sera reconnu en ce qu'il se manifeste le plus souvent dans l'enfance, se transmet par voie d'hérédité similaire et frappe habituellement les deux mains.

La profession du malade enfin, ses antécédents, etc.... permettront de diagnostiquer assez facilement certains *tremblements toxiques*, tels que celui de l'*hydrargyrisme*, du *saturnisme* et de l'*alcoolisme*. Dans ce dernier cas, l'insomnie, les cauchemars, les pituites ne feront que confirmer le diagnostic.

¹ Gazette des Hôpitaux, 1891, pag. 921.

CONCLUSIONS

I. D'une façon générale, toute hémiplegie motrice incomplète peut être suivie de mouvements anormaux.

II. Multiples et variés, ceux-ci peuvent, selon le cas, débiter avec l'hémiplegie, survenir quelques jours, quelques mois, voire même quelques années après son début.

III. Les mouvements post-hémiplegiques frappent habituellement le côté paralysé, mais on peut aussi les observer du côté sain sans qu'il ait jamais présenté le moindre degré de parésie.

IV. Les uns rythmiques, les autres arythmiques, ces mouvements, au point de vue purement clinique, peuvent être divisés en cinq variétés :

Hémichorée ;

Hémiathétose ;

Hémi-paralysie agitante ;

Ces trois variétés se produisent au repos, peuvent persister et même s'exagérer dans les actes.

Hémiataxie ;

Hémisclérose en plaques ;

Ces deux variétés ne se manifestent qu'à l'occasion des mouvements intentionnels.

V. Les cinq variétés de mouvements post-hémiplegiques peuvent coïncider les unes avec les autres et donner ainsi naissance à des formes mixtes.

VI. Dans certains cas les mouvements volontaires ou réflexes du côté sain peuvent déterminer dans les muscles du côté hémiplégie, alors même qu'ils soient complètement paralysés, un genre spécial de mouvements post-hémiplégiques qu'on dénomme *mouvements associés* ou *syncinésies*.

VII. Le diagnostic des mouvements post-paralytiques est basé sur leur siège, leur caractère, les antécédents du malade et les symptômes concomitants : hémiplégie motrice, contractures, état de sensibilité, etc.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARCHAMBAULT. — Hémichorée postparalytique. Progrès médical, 1877.
- ARNOZAN. — Histoire et critique de l'athétose. Gaz. hebdom., 1879.
- BABINSKI. — De quelques mouvements associés du membre inférieur paralysé dans l'hémiplég. organique. Société méd. des hôp. de Paris, 1897.
- Spasme associé du paucier du cou du côté sain dans l'hémipl. organique. Soc. des hôp., 1897.
- BARTHOUT. — De l'hémiataxie post-hémipl. Thèse de Paris, 1898.
- BERNHEIM. — Hémiscl. en plaques post-hémipl. Revue de l'Est, 15 octobre 1881.
- BERNHARDT. — Formes rares de troubles moteurs post-hémipl. Archiv. für psychiatrie, 1895, n° 27.
- BEURMANN. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1876.
- BIDON. — Essai sur l'hémichorée symptomatique des maladies de l'encéphale. Revue de méd., 1886.
- BRISAUD. — Recherches anatomo-pathol. et physiol. sur la contracture permanente des hémipl. Thèse de Paris, 1880.
- BROUSSE. — Quatre nouveaux cas d'athétose. Montpellier méd., 1879.
- BROWN. — Hémianesthésie et ataxie par lésion du pont de Varole. The Lancet, 9 décembre 1893.
- BUZZARD. — Hémiparalysie agitante post-hémiplégique. A clin. lect. on skating Palsy, 1881.
- CAMUS. — Thèse de Bordeaux, 1885.
- CHARCOT. — Leçons sur les mal. du syst. nerveux.
- CLAPARÈDE. — Thèse de Genève, 1898.
- DÉJÉRINE. — Hémianesthésie de la sensib. générale et spéciale avec hémichorée chez une hystérique: autopsie. Soc. anat. de Paris in Progrès méd., 1880, pag. 809.

- DEMANGE. — Mouvements choréiformes par une tumeur cérébr. Revue de méd. de l'Est, 1879.
- DERCUM. — The journal of nervous and. (Archives de Neurologie, 1896).
- FAURE (L.). — Phénomènes observés du côté sain chez les hémiplegiques. Thèse de Lyon 1892-1893.
- FOURNIER. — Des mouv. choréiques præ et post-hémiplegiques. Thèse de Montpellier 1884.
- FROENKEL. — Soc. de médecine Berlinoise, Semaine méd., 13 janvier 1892, pag. 11.
- GALVAGNI. — Cas d'hémichorée. Riv. clin. di Bologna 1880, in Rev. des Sciences méd., 1882.
- GOWERS. — On athetosis and posthémiplegic disorders of movements méd. chir. Traus, 1876, LIX, pag. 271.
- GRASSET. — Hémiaxie posthémip. Progrès méd., 19. XI, 1880.
- Article Paralyse in Dict. enc. sc. médicales, pag. 559.
 - De l'athetose (r. critique), Montp. méd., 1877.
 - Tabes combiné (Ataxo-spasmodique). Archives de Neurologie 1886.
- GRASSET ET RAUZER. — Maladies du syst. nerveux, 1894.
- HAMMOND. — A. Threatis of diseases of the nervous system. New-York, 1871. Extrait trad. in Archives génér. médic., 1871, II, 329.
- KAHLER et PICK. — Pray Viertelg, 1879. Centralb. f. Nervenkl, 1879.
- KOELISCH. — Contribution à l'étude des mouvements post-hémiplegiques. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1893. tom. IV, Revue de Neurologie, 1893, n° 20.
- LANDOUZY. — Note sur un cas d'athétose. Bull. de la Soc. anatomique de Paris, 1878.
- LÉCORCHÉ et TALAMON. — Etude faite à la maison municipale de santé, Paris, 1882.
- LEYDEN. — Maladies de la moelle épin., trad. de Richard et Viry, 1879.
- LEYDEN. — Hémiparalyse agitante. In Nothnagel «Gehirnkrankheiten», 1879.
- MICHAÏLOVSKI. — Etude clin. sur l'athétose double. Th. de Paris, 1892.
- MONGIN. — Etude anat. sur l'hémichorée symptomatique. Th. de Paris, 1888.
- NOTHNAGEL. — Top. diagn. der Gehirnkrankheiten eine clin. studie, Berlin, 1879.
- OULMONT. — Etude clinique sur l'athétose. Th. de Paris, 1876.
- PETRINA. — Prager Medecin Wochenschrift (anal. in Arch. Neurologie).

- REYMOND. — Etude anat., physiol. et clinique sur l'hémi-anesthésie, l'hémichorée, etc. Th. de Paris, 1876.
- RICOUX. — Des hémitremblements præ et post-hémiplégiques. Th. de Nancy, 1882.
- SANDER. — Th. de Halle, 1894.
- STEPHAN. — Les tremblements præ et post-hémiplégiques et leurs rapports avec les affect. cérébrales. Revue de Médecine, 1887.
- TARGWOLA. — Annales méd.-psychol., juillet-août 1893. Sem. méd., 23 août 1893, pag. 407.
- TEISSIER. — Hémiathétose consécutive à une chorée post-hémiplégique. Lyon médical, 1880, n° 31.
- TISON. — Athétose post-hémiplégique du membre inférieur. Gazette des hôpitaux, 1879, n° 11.
- WEIR MITCHELL. — The american journal of the medic. science, octobre 1874. anal. in revue des sciences médicales, V, 138.
- WISZWIANSKI. — Beitrage zu der Lehre von der Athetose, etc. Thèse de Wurzburg.
- WOLLENWEBER (Max). — Thèse de Bonn, 1894.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 juin 1899.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 juin 1899.
Le Doyen,
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
